

“ 1.Caminho pela rua
Há um profundo buraco no passeio
E caio lá dentro.
Estou perdido...não sei o que fazer.
A culpa não é minha,
Preciso de uma eternidade para descobrir a saída.

2. Caminho pela mesma rua.
E lá está um grande buraco no passeio.
Finjo que não o vejo.
Caio outra vez.
Custa-me acreditar que esteja no mesmo lugar,
Mas a culpa não é minha.
Ainda preciso de muito tempo para sair.

3. Caminho pela mesma rua.
Há um grande buraco no passeio.
Vejo que lá está.
Mas caio...já é um hábito
Tenho os olhos abertos,
Sei onde estou.
Mas a culpa é minha,
E saio facilmente.

4. Caminho pela mesma rua,
Há um grande buraco no passeio,
E passo ao lado.

5. Caminho por outra rua.”

Portia Nelson
(Autobiografia em 5 capítulos)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Luís Nabais, pelo seu acompanhamento e incentivo ao longo deste percurso.

Ao professor Jordão Abreu, pela constante disponibilidade, contributos, apoio e confiança demonstrada.

Aos utentes que aceitaram participar, por acreditaram e colaborarem.

Ao Dr. Francisco Henriques, pela sua disponibilidade e cooperação.

Ao Enf.º Jorge Cravidão, pela recetividade e colaboração.

À Marta, pela sua compreensão, apoio e amizade.

À Sandra, pela partilha e incansável ajuda.

À Ana Catarina e ao Viriato, pela amizade e momentos de partilha.

Aos meus pais e irmã, pelo amor e apoio incondicional e pelo exemplo de perseverança, dedicação e trabalho.

Ao Pedro, pelo seu amor, compreensão, incentivo, ajuda constante e boa disposição.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anónimos
ALP	Abstinência a Longo Prazo
APA	Associação Psiquiátrica Americana
ASR	Avaliação Semanal da Recuperação
CA	Clínica de Alcoologia
CT	Comunidade Terapêutica
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
INE	Instituto Nacional de Estatística
NA	Narcóticos Anônimos
OE	Ordem dos Enfermeiros
PLA	Problemas Ligados ao Álcool
PPR	Programa de Prevenção de Recaída
PR	Prevenção da Recaída
SDA	Síndrome de Dependência Alcoólica
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
TAS	Taxa de Álcool no Sangue
TN	<i>Tele-Nursing</i>
UA	Unidade de Alcoologia
UTITA	Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do desenvolvimento do projeto de intervenção clínica, integrado no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da ESEL, no ano letivo 2011/2012. Neste projeto centrámo-nos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa e família com síndrome de dependência alcoólica, tendo-se implementado um programa de entrevistas telefónicas de *follow-up* pós alta, a utentes internados numa unidade de alcoologia. O programa teve como finalidade identificar precocemente o risco de recaída e promover a intervenção e encaminhamento atempado. Participaram 22 utentes a quem, durante o internamento, foi explicado os procedimentos associados à intervenção e obtido consentimento informado. Aconteceram três momentos de entrevista telefónica de *follow-up*, uma semana, um mês e três meses, após a alta clínica, durante as quais foi aplicado o *Questionário de Avaliação Semanal de Recaída* (adaptado de Henriques, 1997) para diagnóstico precoce da recaída. A abordagem seguida no suporte emocional e motivacional foi de inspiração rogeriana. A conceptualização dos cuidados de enfermagem baseou-se na Teoria das Transições de Meleis (2005) no que concerne ao processo de transição de saúde/doença e manutenção da abstinência. Observámos que os utentes participantes apresentaram uma diminuição gradual da capacidade de enfrentamento de sentimentos de raiva e gestão do stresse e ansiedade. As apreciações dos participantes, em relação a esta modalidade de *follow-up*, foram positivas e encaradas como mais um recurso de proteção.

PALAVRAS-CHAVE:

Follow-up telefónico; Tele-enfermagem; Prevenção da recaída; Alcoolismo

ABSTRAT

The present report was elaborated as part of the development of clinical intervention project, integrated in the 3rd Nursing Master's Degree, Nursing specialization in Mental Health and Psychiatry, of ESEL, in the academic year 2011/2012. In this project we focused on providing skilled nursing care to the person and family with alcohol dependence syndrome, having implemented a program of telephone follow-up interviews, after discharge, to clients hospitalized in a Alcoholology unit. The program aimed to identify precociously the risk for relapse and promote timely referral and intervention. 22 clients participated who, during hospitalization, procedures associated with the intervention were explained and informed consent was obtained. Three moments of telephone interview follow-up was happened, one week, one month and three months after clinical discharge, wich we applied *Questionário de Avaliação Semanal de Recaída* (adapted from Henriques, 1997) for precociously relapse diagnosis. The approach followed in the emotional and motivational support had Rogerian inspiration. The conceptualization of nursing care was based on the Transitions Theory (Meleis, 2005), regarding to the transition of health/disease process and abstinence maintenance. We observed that participants showed a gradual decrease in the ability to cope with anger feelings and stress management and anxiety. The participant opinions in relation to this type of follow-up were positive and seen as one more protection resource.

KEYWORDS:

Telephone follow-up; Telenursing; Relapse prevention; Alcoholism

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Consumo de álcool e Síndrome de Dependência Alcoólica	13
1.2. Prevenção estruturada da recaída: modelo integrativo de três valências	18
1.3. A consulta telefónica como intervenção de enfermagem	24
1.3.1. <i>Follow-up</i> telefónico: a prática baseada na evidência como instrumento de boas práticas	28
1.4. Teoria das transições de Afaf Meleis	30
2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	33
2.1. Problemática do projeto de intervenção	33
2.2. Objetivos	35
2.3. Caracterização dos participantes	36
2.4. Instrumentos e técnicas de recolha de dados	41
2.5. Procedimento para implementação do projeto	44
2.5.1. Clínica de alcoologia	44
2.5.2. Unidade de alcoologia	47
2.6. Questões éticas	52
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
3.1. Caracterização dos contactos telefónicos de <i>follow-up</i>	54
3.2. Análise e discussão dos resultados obtidos pelo questionário ASR adaptado	58
3.3. Caracterização das temáticas abordadas e perspetivas dos entrevistados	62
3.4. Considerações sobre o programa	66
4. INTERVENÇÕES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	67
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

APÊNDICES

Apêndice I – Quadro *Follow-Up* telefónico: A PBE como Instrumento de Boas Práticas

Apêndice II – Guião semiestruturado para colheita de dados

Apêndice III – Ficha de *follow-up*

Apêndice IV – Questionário ASR adaptado

Apêndice V – Sessão de esclarecimento do programa de *follow-up* telefónico

Apêndice VI – Folheto sobre o programa de *follow-up* telefónico

Apêndice VII – Consentimento informado

Apêndice VIII – Cartões de agendamento dos contactos

Apêndice IX – Processo individual do utente

ANEXOS

Anexo I – Situações de grande risco de recaída

Anexo II – Sinais de aviso de recaída

Anexo III – Questionário ASR (Henriques, 1998)

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Terminologia em telesaúde e sua relação com a tele-enfermagem	26

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes	37
Tabela 2 – História, natureza dos consumos e antecedentes pessoais	38
Tabela 3 – Número esperado de participantes	51
Tabela 4 – Principais eventos observados no decurso das entrevistas telefónicas	55
Tabela 5 – Análise dos dados obtidos pelo questionário ASR adaptado	58
Tabela 6 – Temas / preocupações mais frequentes dos utentes e co-responsáveis	62
Tabela 7 – Perspetiva dos utentes / co-responsáveis relativamente aos contactos telefónicos	65

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano letivo 2011/2012, após realização do estágio.

Dados da *World Health Organization* [WHO] (2011) revelam que em 2003, Portugal ocupava o 8º lugar de consumo mundial de etanol *per capita*. Num estudo de Gameiro (1997) é apresentada uma estimativa de cerca de 580.000 dependentes do álcool em Portugal, correspondendo a 7% da população portuguesa, com idade superior a 15 anos. Acrescente-se o facto de 50% das pessoas que fazem tratamento em ambulatório recair no primeiro mês e cerca de 70% das pessoas que interrompe consumos de álcool, recair no primeiro meio ano (Henriques, 2004).

Se intervir na fase aguda da doença, é fundamental para que a pessoa consiga atingir a abstinência, não se pode ignorar a importância de mobilizar esforços e intervir na manutenção da abstinência e no processo de recuperação e Prevenção da Recaída (PR), provendo a continuidade dos cuidados e a manutenção do processo de mudança (Ferreira-Borges & Filho, 2007) com a adoção de um estilo de vida saudável e equilibrado.

O processo de recuperação compreende diversas transições para a Pessoa/Família. O enfermeiro tem assim, o importante papel de ajudar a viver este processo, considerando os fatores que medeiam a transição e os cuidados de enfermagem que incluem as ações preventivas e as estratégias de intervenção quando a transição já ocorreu ou está a ocorrer (Meleis, 2005).

O desenvolvimento das telecomunicações que se evidenciou nos últimos anos (Rice, 2004), favoreceu diferentes modos de comunicação entre profissionais e utentes, tendo impacto ao nível dos cuidados de saúde, garantindo a continuidade dos mesmos e o acesso a cuidados especializados, ao ultrapassar barreiras geográficas e reduzir custos (Greenberg, 2000). Nos cuidados de enfermagem as telecomunicações também tiveram impacto, sendo que a consulta telefónica

enquanto intervenção de enfermagem, cresceu significativamente e adquiriu maior visibilidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009; Greenberg, 2009).

A problemática surge da experiência em contexto clínico, no cuidar da pessoa com Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA) e da intervenção de enfermagem, pouco estruturada, no âmbito da PR nesse mesmo contexto.

Estabeleceu-se como objetivo geral do estágio, desenvolver e adquirir competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental (ESM), estabelecidas pelo regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em ESM da OE (2010). A finalidade prende-se com o desenvolver um programa de *follow-up* telefónico, enquanto estratégia de intervenção no âmbito da PR, numa Unidade de Alcoologia (UA), visando a continuidade, melhoria e especialização dos cuidados de enfermagem prestados. A opção pela designação de “programa” prende-se com o facto de ser um projeto de intervenção que não se restringe à consulta telefónica de enfermagem, mas que abrange um conjunto de atividades antes e após a alta do utente.

O estágio foi realizado inicialmente num Clínica de Alcoologia (CA) no concelho de Sintra no período de 01 a 26 de Outubro de 2012, seguindo-se o período de implementação do projeto de intervenção numa UA no concelho de Lisboa, no período de 29 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013, com interrupção de duas semanas de férias escolares.

As atividade e intervenções realizadas visam reforçar a motivação do utente para a manutenção do processo de recuperação e mudança, monitorizar a abstinência e intervir precocemente no processo de recaída, pretendendo-se avaliar a evolução do processo de recuperação do utente, tendo em conta diferentes áreas de vida, a correlação entre estas e ainda a perspetiva do utente/co-responsável relativamente ao acompanhamento telefónico.

Tendo em conta os objetivos definidos e por forma a melhor avaliar e monitorizar os resultados deste programa de intervenção, definimos uma metodologia com instrumentos de natureza qualitativa e quantitativa.

Com este documento pretende-se descrever um projeto de intervenção, assente em bases teóricas, conceptuais e segundo evidência científica, fundamentando o procedimento, as intervenções realizadas e as competências adquiridas, bem como os resultados das intervenções e ganhos em saúde para o utente/família.

Na construção do relatório, optou-se pela nomenclatura de “utente” enquanto pessoa no centro dos cuidados de enfermagem, apesar da OE (2003) referir-se à mesma enquanto “cliente”, uma vez ser a nomenclatura mais usual na unidade alcoologia. Salientamos ainda que a referência ao utente, tem subjacente a família. A designação de “co-responsável” ao longo do documento, refere-se à pessoa que acompanha e apoia o utente no processo de tratamento e de recuperação, podendo referir-se a um familiar, pessoa significativa ou técnico de instituição de apoio.

O documento é composto por quatro partes, devidamente identificadas. Na primeira, a temática é fundamenta, com uma abordagem ao consumo de álcool e diagnóstico de SDA, a prevenção estruturada da recaída segundo uma integração de 3 modelos pré-existentes, a consulta telefónica enquanto intervenção de enfermagem e a olhar sob o *follow-up* telefónico segundo evidência científica que sustenta o programa proposto, por fim faz-se um enquadramento conceptual com a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A segunda parte refere-se ao percurso e opções metodológicas para a realização do projeto de intervenção, explicitando-se a metodologia escolhida. Seguidamente é efetuada uma apresentação e contextualização da problemática, descritos os objetivos para o projeto de intervenção, realizada uma caracterização dos participantes do projeto proposto, instrumentos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos para implementação do projeto contextualizado nos diferentes locais de estágio e as questões éticas suscitadas. Na terceira parte, são apresentados e discutidos os resultados obtidos na implementação do programa e fazem-se algumas considerações sobre o mesmo. A quarta parte, corresponde a uma descrição das intervenções e competências do enfermeiro especialista em ESM desenvolvidas. Por último, a conclusão, apresenta uma síntese global do trabalho, tendo em consideração a implicação do programa para a prática dos cuidados de enfermagem.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o intuito de enquadrar teoricamente o programa proposto, abordamos a questão do consumo de álcool e SDA, o modelo de prevenção estruturada da recaída; a consulta telefónica enquanto intervenção de enfermagem, dando ênfase ao *follow-up* telefónico e a sua importância no âmbito da PR segundo evidência científica e ainda a integração de um modelo teórico de enfermagem, Teoria das Transições de Afaf Meleis (2005), perante a problemática.

1.1. Consumo de álcool e Síndrome de Dependência Alcoólica

Desde dezenas de milhares de anos antes da era Cristã, que o consumo de bebidas alcoólicas aparece associado a rituais religiosos e celebrações. Pensa-se que o primeiro contacto entre o Homem e o álcool tenha sido casual, quando este comia uvas do chão, fermentadas pelo calor do sol (Mascarenhas, 1990 cit. Ferreira-Borges & Filho, 2004). Existem relatos, no período paleolítico, da descoberta fortuita dos efeitos relativos ao consumo do mel fermentado em recipientes artesanais, (Mello *et al.*, 2001) sendo apelidado de “hidromel” – mel e bebida intoxicante (Goodwin, 2000 cit. por Ferreira-Borges & Filho, 2004). Ainda, segundo os mesmos autores, na civilização Mesopotâmica (8000 a.C.) o Homem já possuía conhecimento sobre o fabrico da cerveja.

No século XI, verifica-se na Europa, nomeadamente em França, uma produção generalizada de bebidas cada vez com maior teor alcoólico, com o apoio do estado aos “destiladores” (Mello *et al.*, 2001), sendo que na Idade Média chega-se mesmo à produção de bebidas alcoólicas com teor alcoólico superior a 50%. Assim, ao longo dos tempos, o álcool adquiriu uma dupla importância na sociedade sendo que, se por um lado representa um papel de celebração, ritualização, convívio, virilidade, força e efeitos quase terapêuticos, por outro, é fonte de receitas e de

desenvolvimento económico de alguns países (Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT], 2009).

Apesar de na civilização Mesopotâmica e no Egipto dinástico terem surgido os primeiros apelos à moderação, só no século XVIII o parlamento Inglês aprova a “repressão do hediondo e repugnante pecado da embriaguez” sendo que, na mesma altura, na América são criadas leis e instituídos impostos sobre o álcool (Ferreira-Borges & Filho, 2004, p.6). França, foi dos primeiros países a valorizar o aumento do consumo médio anual de álcool, preocupando-se com o consumo *per capita* anual superior a três litros de álcool e a elevada proporção de tabernas por habitante. A crescente consciencialização de perigo para a saúde pública, aliada aos progressos no conhecimento dos efeitos do álcool sobre o sistema nervoso, estiveram na origem de estudos de origem científica sobre os problemas associados ao consumo de álcool (Mello *et al.*, 2001).

É assim que, no início do século XIX, surgem as primeiras conceções de embriaguez como doença, mediante os trabalhos realizados pelo Dr. Thomas Trotter em 1804 (Inglaterra), descrevendo os comportamentos de beber e observando utentes internados em instituições psiquiátricas, surgindo o conceito clínico de *Delirium Tremens* (Szanx, 1990 cit. Ferreira-Borges & Filho, 2004). Magnus Huss (médico sueco) em 1851 sugere o termo alcoolismo crónico, considerando-o um síndrome autónomo, caracterizado como um tipo de doença resultante de uma intoxicação crónica, tendo ainda descrito alguns quadros patológicos que ocorrem em indivíduos com uso excessivo e continuado de bebidas alcoólicas, após observação de que numerosas alterações hepáticas, cardíacas e neurológicas, estavam ligadas ao consumo de bebidas com elevado grau alcoólico (Mello *et al.*, 2001). Em 1935, a Associação Médica Americana refere que “os alcoólicos são pacientes válidos” surgindo por essa altura o movimento dos Alcoólicos Anónimos (AA) (Ferreira-Borges & Filho, 2004, p.7).

A WHO em 1951 considera o alcoolismo como doença, que necessita de tratamento (Ádes & Lejoyeux, 1998). Segundo os mesmos autores, a forma como os AA passaram a encarar a dependência e o tratamento, deve-se à definição de alcoólico

descrita por Jellineck nos anos 60, “indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas possa prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos” (p. 35), tendo sido referido, pela primeira vez, a perda de controlo sobre a quantidade de álcool ingerida. As preocupações relativas ao consumo de álcool e problemas ligados ao mesmo continuaram com o decurso dos anos, sendo que, atualmente são vários os estudos que permitem conhecer dados sobre esta temática.

Em 2009 o IDT referia que na Europa se registava o consumo mais elevado de álcool relativamente ao restante continentes mundiais, com cerca de 11 litros/ano per capita, sendo que 23 milhões de europeus (5% dos Homens e 1% das Mulheres) eram considerados dependentes de álcool (Anderson & Baumberg, 2006 cit. por IDT, 2009).

Segundo dados da WHO (2012), em 2009 o consumo médio de álcool *per capita* na Europa (na população com 15 ou mais anos de idade) encontrava-se nos 12,5 litros de álcool (puro) por ano, correspondendo a 26,9g álcool por dia, sendo que o maior consumo se verificava na Europa de leste com 14,5 litros per capita e o menor no norte da Europa com 10,4 litros álcool/ano per capita. Portugal, apresentava um consumo de etanol *per capita* na ordem dos 13,43 litros/ano, valor acima da média europeia. É ainda referido que, na Europa o consumo de bebidas alcoólicas era maior que o dobro da média do consumo *per capita* mundial e que apesar de nas diferentes zonas da Europa os consumos serem diferentes, a região de menor consumo (norte da Europa) continua com valores mais elevados que o total mundial.

Nos países desenvolvidos, o álcool foi considerado o terceiro fator de risco mais prejudicial totalizando 9,2% de todo o peso das doenças. (Babor, 2009). Estima-se que o consumo de álcool seja responsável por 7,4% das mortes prematuras e incapacidades na União Europeia (UE) (Madelin, 2008, cit. por IDT, 2009). No que se refere à mortalidade na UE (2004) estima-se que ocorreram 120.000 mortes (idades compreendidas entre os 15-64 anos) relacionadas com consumo de álcool, correspondendo 11,9% de todas as mortes (13,9% do total de mortes de homens e 7,7% de morte de mulheres) nesta faixa etária (OMS, 2012). O consumo de álcool aparece ainda associado a elevado número de casos de violência, suicídios,

homicídios, perturbações no desenvolvimento fetal, abuso e negligência infantil, acidentes rodoviários e laborais (IDT, 2009).

Em 2003, Portugal, segundo dados do WHO em 2005, ocupava o 8º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol *per capita*, por ano, o que corresponde ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas (IDT, 2009). Ainda, segundo o Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população em geral – Portugal 2007, verifica-se que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou de 75,6% (2001) para 79,1% (2007), (IDT, 2009). Dados mais recentes (2012) revelados no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências [PNRCAD] 2013/2020 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências [SICAD] (2013) revelam que 60% dos portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos, consumiu nos últimos 12 meses e a prevalência de embriaguez foi de 5,1%, considerando as mesmas idades.

Ainda relativamente a Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (INE) indica que em 2008 ocorreram 99 000 mortes relacionadas com perturbações mentais e de comportamentos devido ao uso de álcool (INE, 2008). Em 2011, segundo o SICAD (2013), doenças associadas ao consumo nocivo do álcool, como cirrose e hepatite alcoólica, motivaram cerca de 3.163 episódios de internamento, dos quais resultaram 218 óbitos. Relativamente à taxa de mortalidade, antes dos 65 anos de idade, por doenças atribuíveis ao consumo de álcool, encontrava-se nos 12,7% (seis vezes superior no sexo masculino), tendo levado a DGS afirmar que é uma das 10 principais causas de mortalidade prematura entre os homens portugueses (SICAD, 2013). No contexto de acidentes de viação, dados de 2012, revelam um decréscimo ao longo dos anos dos casos de vítimas mortais com Taxa de Álcool no Sangue (TAS) igual ou superior a 0,5g/l (SICAD, 2013). Ainda assim, segundo o estudo DRUID, revelado por SICAD (2013), a prevalência do consumo de álcool das vítimas mortais em Portugal foi de cerca de 45% para TAS \geq 0,1g/l e 35% para TAS \geq 0,5%, tendo Portugal apresentado os valores mais elevados dos 4 países em estudo.

Como referido anteriormente, foram vários os esforços para chegar a uma consenso face à definição de alcoolismo, conceito aceite pela comunidade médica nos anos 50, em que de uma forma geral, se defendia alcoolismo como uma doença associada diretamente ao uso excessivo de álcool (Ferreira-Borges & Filho, 2004). McQueen (2004) citado por (IDT, 2009), descreve o Alcoolismo como uma doença primária, crónica, frequentemente progressiva e fatal, sendo caracterizada, continua ou periodicamente por perda do controlo sobre o consumo de álcool, uso do álcool apesar das consequências adversas, com distorções do pensamento, principalmente a negação do problema.

Posteriormente com a Classificação Internacional de Doenças versão 10, da WHO começou-se a designar o alcoolismo como um SDA, sendo definido pelo critério F10.2:

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - Síndrome de dependência: “conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo intenso de consumir, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física”.
(WHO, s.d.)

Atualmente a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) - 5 da Associação Psiquiátrica Americana [APA] (2013), estabelece 11 critérios através dos quais se consegue diferenciar os Problemas Ligados ao Álcool (PLA), dos moderados aos muito graves (severos), ao contrário do definido na versão anterior (DSM-IV) em que o abuso estava separado da dependência havendo critérios específicos para as duas situações. Esse padrão mal-adaptativo de uso da substância pode ser classificado em moderado (verificam-se 2 a 3 critérios), grave (4 ou mais critérios) e muito grave/severo (6 ou mais critérios presentes). Desta forma admite-se a existência de diferentes graus de comprometimento e não diferentes condições clínicas.

Esta classificação, numa situação de perturbação moderada, vai permitir identificar precocemente os PLA e consequentemente permitir uma intervenção mais precoce a nível da prevenção e dos cuidados de saúde primários. Em situações de transtorno grave ou muito grave devido ao uso de álcool ficam reservadas as intervenções mais diferenciadas nas unidades especializadas. (Henriques 2013). Contudo, ainda é necessário especificar a ocorrência de dependência fisiológica, sendo que esta caracteriza-se pela presença de tolerância ou abstinência, sendo considerada uma condição multifactorial, onde diferentes aspetos individuais e socioculturais estão envolvidos.

A APA (2002) com o DSM-IV referia ainda que, o alcoolismo pode ser visto como uma doença psíquica, porque o alcoólico tem necessidade de álcool para aceitar a realidade; tem tendência a fugir às responsabilidades, sofre de angústia, é agressivo, resiste mal às frustrações e às tensões e porque nele, o nível de consciência, enquanto racionalidade, tende a baixar, levando-o a uma conduta impulsiva.

Para compreensão e intervenção perante o SDA, não se deve ignorar o facto de a dependência de álcool representar unicamente uma pequena parcela de todas as consequências e problemas relacionados com este consumo. É fundamental ter presente, nesta abordagem, os PLA, que estão relacionados com todas as consequências que o seu consumo possa ter no indivíduo, na família, no trabalho/escola (diminuição rendimento laboral/escolar, aumento do absentismo, acidentes de serviço) e na comunidade (criminalidade, acidentes de viação, perturbações nas relações sociais e na ordem pública) (Mello *et al.*, 2001).

1.2. Prevenção estruturada da recaída: modelo integrativo de três valências

Marlatt & Gordon citados por Henriques (2004) referem que 2/3 dos clientes recaem nos primeiros três meses após término de tratamento. Assim, é necessário começar a ter em conta a PR enquanto elemento decisivo da manutenção (a longo prazo) do processo de mudança. Importa portanto, esclarecer o que se entende por recaída e consequentemente a PR.

A recaída é um processo que difere consoante a pessoa e à qual estão ligadas diversas variáveis, que se combinam e evoluem de forma diferente, sendo principalmente do foro afetivo/emocional, comportamental, cognitivo, ambiental e interpessoal, fisiológico, psiquiátrico/psicológico e espiritual (Henriques, 2004). Segundo o mesmo autor, é um processo em que a pessoa se torna disfuncional e pode regressar ao consumo da substância psicoativa (neste caso o álcool) após um período significativo sem consumos e no qual a pessoa completou com sucesso um tratamento (ambulatório, internamento ou apoio de grupos autoajuda) e reconheceu ter uma doença crónica necessitando de mudanças.

O lapso, diferencia-se da recaída por ser um ato impulsivo, de curta duração, acompanhado de culpa e desejo de regressar à abstinência (Shulman 2002, cit. por Henriques, 2004), por ser algo planeado, com longos períodos de uso com grandes consumos e com ambivalência quanto ao regresso à abstinência. O plano de gestão do lapso para Ferreira-Borges & Filho (2007) pressupõe que o utente consiga estabelecer um compromisso de pedir imediatamente ajuda, para que haja a interrupção do processo de recaída, limitando a continuação da utilização da substância. O lapso deve ser encarado como uma oportunidade de aprendizagem, fundamental para o reforço das competências do indivíduo e dotá-lo de capacidades para a análise, avaliação das causas e circunstâncias em que ocorreu, melhorando a sua autoeficácia¹.

Por sua vez, a PR é uma estratégia que tem como objetivo ajudar a pessoa a manter ativo, ao longo do tempo, o processo de mudança iniciado com a abstinência (Henriques, 2004), evitando que o processo de recaída se inicie ou que quando iniciado se conseguia interromper eficazmente.

O utente usa o álcool para obter prazer imediato, sendo que a ausência do consumo causa sofrimento e desconforto a longo prazo, por obsessão, compulsão e perda de controlo Gorski & Miller (1992). Quanto mais a pessoa usa o álcool para proporcionar sensação de bem-estar, simultaneamente diminuem as aprendizagens e o desenvolvimento de novas competências pessoais ou interpessoais e/ou

¹ Termo definido por Marlatt & Gordon (1985) e que se refere aos “julgamentos ou expetativas sobre a própria capacidade para lidar com situações específicas de alto risco de recaída”. (p.119)

abandonam as que já possuíam. Assim a dependência biológica torna-se progressivamente em psicossocial, uma vez que as áreas de vida vão ficando afetadas (Gorski & Miller, 1992).

Segundo Henriques (1999) o alcoólico nega a sua doença, porque na fase inicial não há problemas físicos ou de comportamento, na fase intermédia os problemas não se encontram associados ao uso e na fase crónica o pensamento encontra-se alterado e a capacidade de julgamento está distorcida. A negação da doença é agravada pelos danos neurológicos que distorcem a realidade, pelos *blackouts* que criam ausências na memória e ainda pelo efeito da intoxicação na perceção e na memória (Gorski & Miller, 1992).

O facto de reconhecer que o álcool é prejudicial não é suficiente. Tem de se parar de usar, não usar considera-se abstinência, mas que só por si não chega, a abstinência só permite que se inicie o processo de recuperação, este começa com a aceitação de que não se consegue usar de forma segura estas substâncias (Gorski & Miller, 1992).

Assim, a mudança e a recuperação na dependência de substâncias deve ser encarada segundo uma perspetiva desenvolvimentalista, uma vez que, se refere a um processo, abordado no Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska & DiClemente (1992) e esquematizado na Roda de estágios de mudança (Trigo, 2006).

Segundo Ferreira-Borges & Filho (2007) este modelo permite compreender a mudança nos indivíduos e as etapas durante um processo de mudança de comportamento, para assim adequar as estratégias de intervenção às necessidades da pessoa, a cada fase do processo. Os mesmos autores alertam para a ideia de que apesar de o modelo ser uma proposta realística da intenção de mudar, os utentes não desenvolvem o percurso de mudança necessariamente segundo o *continuum* apresentado. O modelo proposto representa o processo pelo qual o cliente passa quando pensa em iniciar ou tentar manter um novo comportamento e encontra-se dividido em 5 etapas distintas: “Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação e Manutenção” (Ferreira-Borges & Filho, 2007, p.56). Este

processo está sujeito a lapsos ou recaídas, implicando o retorno do cliente ao comportamento anterior, podendo existir temporariamente uma desistência na mudança ou reconhecer a recaída e regressar ao processo de mudança.

A PR deve incidir segundo Henriques (1999) na identificação das situações de risco e desenvolvimento de competências para lidar com elas; identificação de sinais de aviso e desenvolvimento de estratégias para interromper o processo de recaída; identificação e modificação de crenças disfuncionais desenvolvidas na infância ou com base nos consumos de substâncias. Tendo em conta o anteriormente descrito, Henriques (1997), propõe a combinação de três modelos de prevenção da recaída (Marlatt & Gordon, 1979/1985, Gorski & Miller, 1981/1985 e Beck 1993, Liese & Franz 1996), considerados como maiores contribuidores para a temática, com vista a uma prevenção estruturada e sequenciada da recaída, em função das necessidades da pessoa (Henriques, 2004).

O modelo cognitivo-comportamental de Marlatt & Gordon (1985) centra-se em identificar as situações de grande risco de recaída e desenvolver e treinar competências e estratégias para lidar com as mesmas (Henriques, 2004). Marlatt & Gordon (1985), defendem que a dependência de substâncias, através da aquisição de novos comportamentos e competências, é passível de ser modificada.

Segundo o modelo de Marlatt & Gordon (1985) nas situações de risco o indivíduo desenvolve um comportamento ativo, perante uma situação específica, executa uma resposta de enfrentamento, quando esta é eficaz reforça a autoeficácia e diminui a probabilidade de recaída. O que determina nesta situação se o indivíduo irá ou não recair, é a resposta que este dá à situação, para os resultados alcançados torna-se determinante a capacidade ou habilidades para lidar com uma situação de alto risco. Como menciona Ferreira-Borges e Filho (2007) o que caracteriza uma situação de alto risco é a definição subjetiva do próprio indivíduo, identificada como uma situação que representa ameaça ao controlo do indivíduo e aumente o potencial risco de recaída.

Marlatt & Gordon (1985) encontraram 8 categorias de situações de risco distintas – (Anexo I): sentimentos desagradáveis, desconforto físico, emoções agradáveis, necessidade de testar o seu controlo, vontades de usar, conflitos com os outros, pressão social e momentos agradáveis com os outros. Os mesmos autores sugerem que o desejo de consumir (dimensão obsessiva) é causado pela exposição direta ou indireta aos estímulos. Esta exposição é responsável pela ativação de processos cognitivos do desejo, das expectativas positivas e de respostas fisiológicas. Na PR, a eficácia da resposta perante a situação de alto risco, relaciona-se com a capacidade do indivíduo, de colocar em prática estratégias específicas.

No modelo biopsicossocial de Gorski & Miller (1992), considera-se que ao iniciar o processo de recuperação é necessário planificar a PR, tendo em conta a recuperação enquanto processo de mudança bio-psico-social e espiritual em complementaridade com os estágios de mudança e a filosofia dos 12 Passos dos grupos de Autoajuda (Henriques, 2004).

Após a desintoxicação surge a Abstinência a Longo Prazo (ALP), esta tem a sua intensidade máxima nos primeiros 3 a 6 meses podendo prolongar-se até aos 2 anos, sendo caracterizada por sinais e sintomas, que surgem posteriormente resultantes das disfunções cerebrais provocadas pelo consumo continuado, pelo abandono dos estilos de vida saudáveis, mas essencialmente, por se ter perdido a principal estratégia para lidar com o *stress* (Gorski & Miller, 1992).

Os sintomas descritos por Gorski & Miller (1992) são: a dificuldade de pensar e concentrar-se; as disfunções da memória; a alexitimia; as perturbações do sono; a dificuldade na coordenação motora e a hipersensibilidade ao *stress*. Os mesmos autores afirmam que os sintomas variam consoante a pessoa, variando também a gravidade, a frequência e a duração. Quando se manifestam os sintomas ALP, é necessário por parte do utente um elevado nível de vigilância, cuidado pessoal e proteção contra situações de risco.

Gorski & Miller (1992) destacam algumas estratégias de atuação mais adequadas na estabilização dos sintomas ALP, de forma a controlá-los, a antecipar situações de risco e a diminuir a intensidade dos mesmos, evitando a perda de controlo.

Estabilizar os sintomas ALP, para os autores implica: partilhar, testar a realidade, resolver problemas e estabelecer objetivos tendo em conta o seu percurso pessoal. As estratégias de estabilização assentam na psicoeducação, no comportamento auto protetor, nos hábitos alimentares, no exercício físico, no relaxamento, na espiritualidade e no equilíbrio dos estilos de vida.

No desenvolvimento do modelo biopsicossocial de Gorski e Miller (1992), estes identificaram 37 sinais de aviso que distribuíram por 11 fases de recaída (Anexo II). Na 1ª fase surge a disfunção interna, da 2ª à 6ª fase instala-se a disfunção externa e da 7ª à 11ª a perda de controlo.

Liese & Franz (1996) criaram um modelo cognitivo desenvolvimentista para o consumo de substâncias. Este modelo, analisa os esquemas e as crenças básicas da infância e o pensamento aditivo que se instala depois de início dos consumos, determinando a vulnerabilidade psicológica para o consumo de substâncias alteradoras de humor e para o início da dependência (Henriques, 2004).

Os 3 modelos mencionados para a PR são complementares entre si, apesar das suas concetualizações originais serem diferentes. O Plano (ou programa) estruturado da Prevenção da Recaída (PPR), defendido por Henriques (1997) e citado por Henriques (2004), é uma proposta de complementaridade entre os diferentes modelos apresentados. Note-se que num PPR é fundamental a inclusão de diferentes fontes de suporte social nomeadamente familiares, amigos, apoio terapêutico e grupos de auto ajuda (Henriques, 2004).

Na mudança de comportamentos utilizam-se abordagens e intervenções que assentam na entrevista motivacional (essencialmente nos estágios da pré-contemplação e contemplação) e na PR (preparação, ação e manutenção), tendo como principal suporte o aconselhamento (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

De acordo com Miller & Rollnick (2001) a entrevista motivacional é um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no utente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando a pessoa a explorar e a resolver a sua ambivalência, fortalecendo o compromisso de mudança. Esta baseia-se nos pressupostos de que:

a ambivalência em relação ao uso de substâncias psicoativas e à mudança é normal, constituindo um importante obstáculo motivacional na recuperação; a ambivalência pode ser resolvida trabalhando as motivações e valores intrínsecos do cliente; a aliança entre o profissional e o cliente é uma parceria de colaboração para a qual cada um contribui com conhecimentos importantes; a mudança é da responsabilidade da pessoa (abordagem desenvolvida por Carl Rogers – centrada no cliente); um estilo de aconselhamento empático e apoiante, mas diretivo, proporciona condições para que a mudança possa ocorrer (Miller & Rollnick, 2001).

A intervenção do profissional nesta abordagem desenvolve-se baseando-se em cinco princípios gerais: “1) expressar empatia através de uma escuta reflexiva, 2) desenvolver discrepâncias ou inconsistências entre objetivos do cliente e comportamento atual 3) evitar a argumentação e a confrontação direta 4) acompanhar a resistência do cliente ao invés de se opor a esta 5) promover e apoiar a auto eficácia” (Miller & Rollnick, 2001, p.64).

O aconselhamento, por sua vez, constitui uma intervenção terapêutica de carácter preventivo, educativo e de apoio, visa a resolução de problemas e a realização de mudanças controlando o seu comportamento face a adversidades para conseguir tirar o maior partido das oportunidades que se lhe apresentam. Sendo um processo estruturado, adapta-se a abordagens que tenham em conta a mudança do comportamento. Assim o aconselhamento pretende levar o cliente a mudar o seu comportamento, constructos pessoais, capacidade individual para lidar com situações de vida e capacidade para tomar decisões (Ferreira-Borges & Filho 2004).

1.3. A Consulta telefónica como intervenção de enfermagem

Para o Ministério da Saúde (PORTUGAL, 2011) existe a necessidade de diversificação de meios de contacto/comunicação entre utentes, serviço e profissionais com vista a construção de novos conhecimentos, melhoria da acessibilidade e satisfação dos utentes. Este facto vem ao encontro das mudanças que se verificam na saúde com o desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação (Martins, 2009; OE, 2009). Com vista à melhoria do acesso aos

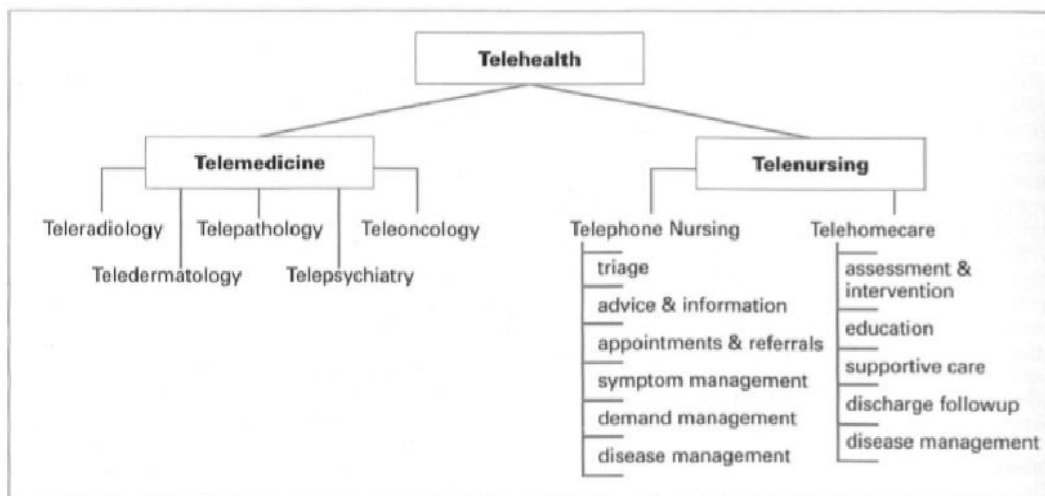
cuidados, deve considerar-se os diferentes meios de comunicação entre utente e profissionais de saúde (OE, 2009), tendo em atenção os benefícios reconhecidos pelos diferentes intervenientes dos mesmo como meio para prestar cuidados de saúde (Martins, 2009).

Surge assim o termo *telehealth* (telesaúde) referindo-se à prestação de cuidados à distância, utilizando as diferentes telecomunicações, onde se podem incluir a telemedicina e a tele-enfermagem (*telenursing*). A telemedicina é definida como a medicina praticada à distância com aplicação na radiologia, patologia, psiquiatria, dermatologia, oncologia, entre outros. A tele-enfermagem por sua vez refere-se à prestação de cuidados e serviços de enfermagem com recurso a tecnologia das telecomunicações (telefone; vídeo-monitorização; câmaras digitais), podendo-se dar relevância aos cuidados de enfermagem por telefone (*Telephone Nursing* - TN) e ao telecuidado domiciliário (*telehomecare*).

Se por um lado, os cuidados de enfermagem por telefone permitem melhorar o acesso aos cuidados de saúde, reduzindo custo relativos aos cuidados e aumentando a satisfação por parte de utente e profissionais, por outro o telecuidado domiciliário, no qual se incluem intervenções com vista à avaliação, educação, cuidados de suporte, seguimento pós-alta e controlo da doença, permite capacitar os utentes e melhorar os resultados dos cuidados de enfermagem prestados (Greenberg, 2000, 2009).

Na figura 1, apresentamos a esquematização de Greenberg (2000) da relação da tele-enfermagem com a telesaúde.

Figura 1 – Terminologia em telesaúde e sua relação com a tele-enfermagem



Fonte: Greenberg, 2000

São vários os estudos que enfatizam benefícios do TN. Martins & Lopes (2010) fazem referência a estudos como de Garden *et al.* (2001) e Bohnenkamp, Lopez & Blackett (2004) onde se destaca a possibilidade de ultrapassar barreiras geográficas, favorecendo a redução da ansiedade. As mesmas autoras apontam ainda o estudo de Chewitt, Fallis & Suski (1997) onde se constata a importância do TN como garantia da continuidade dos cuidados, sendo um meio não dispendioso. Ainda neste seguimento, Greenberg (2009) dá conhecimento de estudos como o de Greenberg (2000), Bogdan *et al.* (2004) e Bunik *et al.* (2007), onde constam como benefícios da TN a redução de custos e o uso eficiente de recursos, bem como a segurança do utente (Kempe *et al.* 2006, cit. por Greenberg, 2009) e a satisfação do utente e do prestador de cuidados (Hagan *et al.* 2000 cit. Greenberg, 2009). Rice (2004), evidencia ainda vantagens no uso da TN como a intervenção precoce, a prevenção de reinternamentos desnecessários e meio de prestar formação ao utente/família.

Contudo ao TN também estão inerentes dificuldades e fatores que podem influenciar o seu processo. A perceção negativa mais identificada nos estudos refere-se às preocupações do utente e família relativamente à confidencialidade e da possibilidade da diminuição do acesso físico aos cuidados de saúde (Rice, 2004),

bem como a comunicação à distância que pode implicar distorções na mensagem (Rego, 1999 cit. por Martins & Lopes). A OE (2009) dá ênfase à possível dificuldade na avaliação, compreensão e interpretação da informação, recomendando a constante validação.

Segundo Phaneuf (2002) a comunicação é uma ferramenta de base para a relação de ajuda, sendo que a troca verbal e não-verbal favorece a compreensão e fornecimento de apoio do qual a pessoa tem necessidade, sendo que a comunicação não-verbal assume um papel de elevada importância uma vez que é percebido mais pelo inconsciente do interlocutor e fixado melhor pela memória, pois os nossos comportamentos e atitudes revelam as nossas reais opiniões e sentimentos, ao contrário das palavras que traduzem o que a razão quer transmitir.

Assim sendo, é necessário que durante a comunicação as suas duas vertentes estejam em concordância, para que se consiga estabelecer uma verdadeira relação de ajuda. De referir, que estas premissas aplicam-se ao interveniente e ao utente, sendo que o primeiro deve estar atento às concordâncias entre a comunicação verbal e não-verbal no sentido de compreender os reais sentimentos, emoções e intenções do utente. Por outro lado, o utente percebendo mensagens ambíguas por parte do interveniente, estar-se-á a influenciar a sua disponibilidade em ser ajudado.

Nos cuidados de enfermagem por telefone, deve ter-se em conta a maior prevalência da componente verbal da comunicação, tratando-se portanto de uma comunicação não presencial, o que poderá condicionar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Greenberg, 2000). Torna-se assim necessário competências e capacidades tais, por parte dos enfermeiros, que permitam criar proximidade e intimidade à distância (Martins & Lopes, 2010). Rice (2004) citando um estudo de Dale, destaca atributos e competências dos enfermeiros como a capacidade para extrair a informação mais importante, boa capacidade de comunicação e escuta e a experiência na área. Phaneuf (2002) refere a importância do estabelecimento de uma relação de confiança previamente, sendo que Martins e Lopes (2010) referem que o conhecimento do utente é um pré-requisito, podendo advir de uma relação já iniciada ou da consulta dos registos do processo clínico. As

mesmas autoras referem que o enfermeiro deve ter capacidade de perceber o risco no processo de cuidados na consulta telefónica, assegurar a confiança, transmitir segurança e poder na partilha da informação (com utente/família ou outros profissionais de saúde implicados).

Para uma mensagem verbal eficaz, Phaneuf (2002) refere ainda que esta deve ser simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias, bem com adaptável à reações da pessoa, o que complementa os conselhos para o estabelecimento de contacto telefónico em telecuidado referidos por Rice (2004) no qual este enfatiza a escuta ativa, a clareza e redução do ruído, verificação do entendimento da informação e a demonstração de respeito e sensibilidade. Ter em conta ainda, as componentes não-verbais da comunicação que possam estar presentes, tais como o silêncio, a escuta, o convite a prosseguir (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2002), a respiração e a voz (Phaneuf, 2002), elementos este que podem influenciar de forma positiva ou servir de obstáculo à comunicação e consequentemente à qualidade da relação estabelecida e dos resultados pretendidos com a intervenção.

Segundo a OE (2009), a consulta telefónica serve como extensão da relação previamente estabelecida entre enfermeiros e utente, como o caso do seguimento pós-alta. Assim sendo neste programa, faz sentido falar em consulta telefónica enquanto intervenção de enfermagem, uma vez que o contacto telefónico é realizado com o intuito da prestação de cuidados de enfermagem enquanto seguimento pós-alta, garantindo a continuidade de cuidados ao utente/família.

Após o descrito, importa também compreender a *follow-up* telefónico enquanto intervenção válida na prestação de cuidados ao utente com diagnóstico de SDA no âmbito da PR.

1.3.1. *Follow-up* telefónico: a prática baseada na evidência como instrumento de boas práticas

Marlatt e Gordon (1985), referem a importância dos cuidados pós-alta na PR do consumo de álcool. Estes cuidados, segundo um PPR, fornecem um *continuum* na intensidade do tratamento para a manutenção da abstinência dos utentes. Contudo

alguns clientes necessitam de suportes adicionais para se manterem abstinentes e com maior funcionalidade na sua vida (Horng & Chueh, 2004). Face a isto, deve-se propor intervenções adicionais e complementares ao PPR, tais como o *follow-up* telefónico.

O *follow-up* telefónico, sendo um acompanhamento telefónico pró-ativo, quando realizado de uma forma periódica, ajuda a gerir o processo de motivação e um apoio/vigilância da manutenção da abstinência (Trigo, 2006). Contudo, quando se associa uma intervenção terapêutica como o aconselhamento, existe uma melhoria dos resultados esperados (Horng & Chueh, 2004) uma vez que, para além de reforçar a motivação do cliente, existe um sentimento de suporte e apoio, ao mesmo tempo que se fornece informação e promove o crescimento e desenvolvimento pessoal e a resolução de problemas (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Assim, o programa a que nos propusemos desenvolver, não será apenas orientado numa lógica de monitorização e reforço da motivação, mas também no sentido de integrar estratégias de intervenção orientadas para a PR, como o aconselhamento e a entrevista motivacional, tendo sempre em consideração o estabelecimento de uma relação de ajuda

Miller e Rollnick (2001) evidenciam a importância do contacto telefónico pós-tratamento, mesmo sem associação a intervenções especializadas. Estes autores revelam dados de estudos sobre os contactos, onde se observa um aumento significativo da taxa de pacientes que se mantêm em tratamento com apenas um contacto. Num estudo de Koumans, Muller e Miller (1967), os autores referem que 52% dos utentes com dependência alcoólica retornaram às consultas após contacto telefónico, contrariando os 8% que voltaram às consultas sem contacto telefónico. Num outro estudo de Nirenberg, Sobell e Sobell (1980), os autores verificaram que quando os utentes com dependência alcoólica faltavam a uma sessão, um telefonema reduzia a taxa de abandono de 92% para 60% (Miller & Rollnick, 2001)

Recorrendo a bases de dados eletrónicas que figuram no servidor EBSCO: utilizando os prescritores como *alcohol*, *telephone*, *follow-up* e *continuing care*,

obtivemos artigos, que no nosso entender, mostraram ser compatíveis e sustentadores da temática suscitada.

Em apêndice I, segue um quadro onde se pretende dar a conhecer os artigos considerados relevantes e os respetivos resultados. Note-se que não se trata de uma revisão sistemática face à problemática, contudo foram selecionados os estudos que melhor evidenciam os resultados que sustentam, de alguma forma, o programa proposto.

1.4. Teoria das transições de Afaf Meleis

Na Teoria das Transições, Afaf Meleis apresenta o conceito de transição como uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou na capacidade de gerir as respostas humanas.

A transição é o que medeia dois períodos de tempo estáveis, entre os quais a pessoa atravessa uma fase de incerteza e instabilidade. São, “resultado e resultam em modificações nas vidas, saúde, relações e ambientes” (Meleis, 2000, p.13). Durante este período a pessoa experimenta mudanças em si própria e nos outros e no modo como as percebe, essas alterações têm repercussões importantes na vida e na saúde dos indivíduos e sua família (Zangonel, 1998).

Segundo Meleis (2010), o Ser Humano está sujeito a quatro tipos de transições: *developmental transitions*, *situational transitions*, *health-illness transitions* e *organizational transition*. As transições de desenvolvimento, estão associadas ao ciclo de vida (exemplo: parentalidade, transição para a adolescência, menopausa, “síndrome do ninho vazio”); as situacionais referem-se a alterações dos papéis educacionais, profissionais, familiares (exemplo: viuvez, ida para um lar) e outras, como mudanças geográficas/imigração, condição de “sem-abrigo” ou o abandono de uma relação abusiva; transições de saúde-doença dizem respeito nomeadamente à experiência do cliente e família em contextos de doença crónica, transição entre níveis de cuidados dentro do sistema de saúde, a alta hospitalar, reintegração na comunidade; por último as transições organizacionais representam transições no

ambiente (social, político, económico, mudanças intraorganizacionais na estrutura ou dinâmica) sendo que difere das anteriores pelo facto de se referir a mudanças na organização e não tanto ao nível individual ou familiar.

Perante a problemática suscitada, podemos afirmar que esta pode ser vista enquanto transição de saúde-doença, uma vez que o utente experiencia uma doença crónica e o processo de recuperação com as mudanças implicadas a diferentes níveis e o facto de se encontrar em contexto de alta hospitalar e consequente reinserção na comunidade, no seio familiar e laboral.

Segundo a teórica, a intervenção de enfermagem será orientada com o objetivo específico de resolver os problemas identificados na pessoa no sentido de lhe aumentar, recuperar ou facilitar a sua saúde. É esperado, que o enfermeiro “ajuste” o modo particular como observa e entende a pessoa. Podem ocorrer transições em simultâneo com o mesmo indivíduo ou família, pelo que o enfermeiro não deve focar a sua atenção apenas numa transição em específico mas em todas as que forem significativas para a pessoa (Meleis, 2005).

A razão por considerar esta área importante para a enfermagem, é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a estar mais vulneráveis a riscos que podem afetar a saúde e o bem-estar. Esta vulnerabilidade advém da incerteza face a uma nova situação, perante o desconhecido e o sentimento de insegura e incapacidade. As transições requerem, por parte dos clientes, a incorporação de conhecimentos, alteração do comportamento e mudança na definição do *self* face ao novo contexto (Meleis *et al.*, 2000).

A teórica defende que é nos pontos de transição de um estadio para outro, no processo de saúde-doença, que ocorrem os maiores momentos de *stress*. Durante um período de transição a pessoa vive frequentemente perdas ao nível das redes de apoio, com impacto nas suas necessidades de segurança, afeto e pertença e de estima, desencadeando sentimentos de desequilíbrio e incerteza sobre o futuro.

Meleis (2005) define que as intervenções terapêuticas de enfermagem, são as atividades e ações deliberadamente desenvolvidas para cuidar do cliente e que

procuram o benefício para o mesmo, devendo proporcionar conhecimentos e *empowerment* àqueles que vivem o processo de transição promovendo, através de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes, as respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar.

Perante o referido e devido às suas características de contemporaneidade e de ajuste à problemática, a teoria das transições revelou-se inspiradora para a sustentação teórica do programa, servindo de modelo conceptual para analisar esta problemática.

Segundo Henriques (2004) e retomando a problemática, existe uma clara transição do utente entre um ambiente protegido (contexto de internamento) e o mundo real, facto gerador de *stress*. Contudo, estas mudanças, apesar de relevantes, não podem ser vistas de uma forma isolada, pois trazem diversas implicações para o utente. O autor considera o tratamento da dependência do álcool um processo longo e difícil e que implica a re-habituação biológica, mudanças cognitivas e comportamentais, de forma progressiva e sequencial, permitindo a adaptação à nova realidade. Assim, torna-se fundamental que o enfermeiro acompanhe a pessoa durante todo o processo, intervindo nas diferentes transições por si vivenciadas, recorrendo a técnicas e estratégias de intervenção adequadas a cada fase.

Na PR as intervenções devem ser pensadas com o intuito de identificar situações de risco, sinais de aviso de recaída e crenças disfuncionais, visando as estratégias comportamentais para as enfrentar e as novas atitudes face ao processo de recuperação. Enquadrar a problemática suscitada segundo a teoria das transições faz sentido, uma vez que o cuidado de enfermagem na transição, à semelhança da intervenção na PR, visa ajudar a pessoa a aumentar as suas possibilidades de enfrentamento e adaptação face às situações que vivencia enquanto transição, identificando eventos causadores de *stress* e a compreender os seus recursos pessoais e externos, que permitirão a aceitação da transição (Zagonel, 1998).

2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

Com este ponto pretende-se fazer uma caracterização da problemática do projeto de intervenção, definir os objetivos do mesmo enquanto promotor de ganhos em saúde para o utente, mas também de aquisição de competências de enfermeiro especialista em ESM. Será realizada a caracterização dos participantes no programa, os instrumentos e técnicas utilizadas na recolha de dados e os procedimentos adotados para a implementação do projeto, tendo em consideração os diferentes contextos de estágio. Finalmente serão abordadas as questões éticas inerentes ao projeto de intervenção.

2.1. Problemática do projeto de intervenção

A problemática escolhida vai ao encontro das vivências e constatações na prestação de cuidados à pessoa com SDA no decurso da prática clínica, surgindo de uma mistura de motivações e inquietações para a necessidade de desenvolver um projeto na área da PR.

No local onde exerço de funções, uma UA, constata-se que existem diversos casos de reinternamentos, num curto espaço de tempo, verificando-se que a recaída na pessoa com SDA é frequente.

Como referem Marlatt e Gordon (1985), dois terços da população que interrompe consumos de álcool recaem nos três primeiros meses após o tratamento, sendo que após meio ano este valor pode chegar a 70%. Ainda sobre os reinternamentos, num estudo citado por Henriques (2004), OAS (2000), é demonstrado que 60% das pessoas já tinha realizado tratamentos anteriores, sendo que 23% uma vez; 13% duas vezes; 7% três vezes; 4% quatro vezes e 13%, cinco vezes ou mais. Neste estudo, refere-se ainda que 80% dos utentes mantêm a abstinência, no primeiro ano de recuperação, tendo por base um programa estruturado de PR.

Atendendo a este facto, o enfermeiro deve ter um papel mais pró-ativo neste âmbito, com recurso às suas competências desenvolvidas ao longo da prática, mantendo uma relação de proximidade com o utente num acompanhamento pós-alta.

Fazer breve referência a uma situação no decurso da prática, em que durante um atendimento telefónico o utente refere “Quando temos alta daí, vocês deixam-nos ao Deus Dará”. Apesar da consciência de que a UA oferece um acompanhamento pós-alta especializado que necessita do envolvimento e disponibilidade do utente, aquelas palavras demonstraram um sentimento de ser esquecido. As intervenções pós-alta na UA implicam que o utente procure a instituição e os profissionais, sendo que se grande parte dos utentes se mantêm neste contexto de acompanhamento, para outros a transição não se dá de forma tão linear e necessitam de um reforço externo de motivação. Perante o referido, começamos a planear e desenvolver, um programa de enfermagem de *follow-up* telefónico, visando que possa contribuir para a melhoria da intervenção especializada na PR, na UA e promover a intervenção dos enfermeiros nesta área.

Segundo Trigo (2006) o acompanhamento pró-ativo com recurso a contactos telefónicos periódicos é uma estratégia eficaz para reforçar a motivação para a abstinência, detetar precocemente lapsos e de encaminhamento. Horng e Chueh (2004) referem ainda, que o *follow-up* telefónico é uma estratégia que permite o aumento do período de abstinência, a diminuição dos reinternamentos, da taxa de recaída e dos problemas sociais decorrentes da recaída. Para concluir Lynch *et al.* (2010), refere que o *follow-up* telefónico quando combinado com programas de ambulatório da PR, permite obter uma melhoria nos resultados esperados.

Assim, consideramos que este programa tem interesse e pertinência para a enfermagem, uma vez que está a ser pensado no sentido de dar visibilidade ao cuidados de enfermagem especializados, realizado com o objetivo de que os clientes “mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível” (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998), tendo como ganho em saúde a manutenção da abstinência e do processo de recuperação.

Segundo Turner e Wells (2012), o *follow-up* telefónico garante a continuidade dos cuidados de enfermagem. Sobre a continuidade dos cuidados, a OE (2001) refere que a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem é um elemento fundamental para a readaptação funcional do utente aos problemas de saúde e visa a procura constante pela excelência do exercício profissional.

2.2. Objetivos

Neste ponto pretendo explicitar os objetivos relacionados com a implementação do projeto de intervenção, relacionado com as competências do enfermeiro especialista em ESM, definidos pela OE (2010). O objetivo geral passa por “Desenvolver competências da prática clínica na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na prestação de cuidados à pessoa adulta com Síndrome de Dependência Alcoólica”, sendo que as competências a desenvolver referem-se a:

- Adquirir um elevado conhecimento e consciência de mim mesma enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assistir e ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida integrada na família, grupos e comunidade, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, visando a recuperação e otimização da saúde mental;
- Prestar cuidados de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Tal como refere Benner (2001), com o desenvolvimento destas competências, pretende-se alcançar o estado de perito em que os cuidados atingem outra dimensão e envolvem uma maior complexidade.

Importa também definir os objetivos relacionados com os ganhos em saúde para o utente, com a implementação de um projeto de intervenção. Assim, definimos como objetivo principal desenvolver e implementar um programa de enfermagem de *follow-up* telefónico, numa unidade de alcoologia no concelho de Lisboa, enquanto

intervenção de enfermagem no cuidar da pessoa com SDA no âmbito da PR. Definimos ainda como objetivos:

- Reforçar motivação para a abstinência;
- Motivar o utente para a manutenção do processo de recuperação e mudança;
- Intervir precocemente no processo de recaída e em situações de crise.

2.3. Caracterização dos participantes

Para a elaboração da proposta do programa de enfermagem de *follow-up* telefónico, tornou-se necessário definir a população que num primeiro momento seria alvo do acompanhamento telefónico a implementar sendo esta, utentes com diagnóstico de SDA em período pós-alta do internamento da UA.

Para melhor caraterizar a população, constituiu-se um grupo, sem critérios de exclusão e com vontade de participar, com alta clínica da UA no período de 29 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013 (com exceção do período de férias escolares), com quem foram validados dados sociodemográficos e de história e natureza dos consumos, fornecidos à data do internamento.

Deste grupo fizeram parte 22 participantes, dos quais 16 do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 30 e 56 anos.

Dos 22 participantes, 81,82% são de nacionalidade portuguesa, sendo que 18,18% dos participantes têm outra nacionalidade. À data da colheita de dados 81,82% dos participantes vivia no distrito de Lisboa, distribuídos pelos seguintes concelhos (Lisboa n=8; Cascais n=2; Vila Franca de Xira n=2; Sintra n=2; Oeiras n=1; Amadora n=1; Odivelas n=1; Lourinhã n=1); 9,09% dos participantes viviam no distrito de Évora (concelho de Évora); 4,55% no distrito de Leiria (concelho Bombarral) e 4,55% dos participantes no distrito de Braga (concelho de Famalicão).

Em relação ao estado civil não se verificou nenhuma situação de viuvez e relativamente à escolaridade não se verificaram casos analfabetismo.

Relativamente à situação profissional, 68,18% dos participantes encontravam-se desempregados, com rendimentos (subsídio de desemprego ou rendimento social de inserção, n=9) ou sem qualquer rendimento (n=6). Com baixa médica encontravam-se 18,18% dos participantes, que justificam a situação por problemas ligados ao álcool. O participante com emprego ativo refere ser enquanto trabalhador por conta de outrem.

Um participante encontra-se em situação de sem-abrigo, tendo apoio de um albergue em Lisboa. Após a alta da UA, todos os participantes tinham como parte do projeto terapêutico regressar à residência de origem.

Relativamente à natureza relacional do co-responsável aquando do internamento, 86,36% dos participantes (n=19) têm como co-responsável um familiar, 4,55% dos participantes tem como co-responsável uma pessoa significativa (amigo) e 9,09% dos participantes têm como co-responsável técnico de serviço social (Santa Casa Misericórdia de Lisboa n=1 e Projeto ORIENTAR n=1).

Abaixo, apresentamos a tabela 1, onde pretendemos sintetizar a caracterização sociodemográfica dos 22 participantes, com destaque para as variáveis atrás explicitadas.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variável	N=22	%
Género		
Feminino	6	27,27
Masculino	16	72,73
Idade		
≤ 30	1	4,55
31-39	4	18,18
40-49	12	54,55
50-55	4	18,18
≥ 56	1	4,55
Nacionalidade		
Portuguesa	18	81,82
Outra nacionalidade: angolana (n=1); moçambicana (n=1); brasileira (n=1) e cabo-verdiana (n=1)	4	18,18
Estado Civil		
Solteiro	9	40,90

União de facto	2	9,09
Casado	3	13,64
Separado	1	4,55
Divorciado	7	31,82
Escolaridade		
Licenciatura	3	13,64
Ensino Secundário	5	22,73
3º Ciclo	4	18,18
2º Ciclo	6	27,27
1º Ciclo	4	18,18
Área de residência (Distrito)		
Lisboa	18	81,82
Évora	2	9,09
Leiria	1	4,55
Braga	1	4,55
Situação profissional		
Empregado	1	4,55
Baixa médica	4	18,18
Desempregado	15	68,18
Reformado	2	9,09
Agregado Familiar		
Cônjuge	3	13,64
Companheiro (a)	2	9,09
Pais	8	36,36
Outros familiares: irmãos (n=2); primo (n=1); sobrinhos (n=1)	4	18,18
Só: Situação de sem-abrigo (n=1)	5	22,73

Importa também caracterizar o grupo inquirido relativamente à história e natureza dos consumos, bem como antecedentes pessoais relevantes, dados apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - História, natureza dos consumos e antecedentes pessoais

Variável	N=22	%
Tipologia do consumo		
Exclusivamente álcool	11	50
Álcool e outras substâncias psicoativas: Consumos atuais (n=3); Em recuperação (n=8)	11	50
Programa de tratamento de agonista opiáceo com Metadona	2	9,09
Consumo de tabaco	19	72,73
Idade de início de consumo de álcool (em anos)		
≤ 9	7	31,81
10-14	4	18,18
15-21	9	40,90
> 21	2	9,09
Tempo de evolução da dependência alcoólica (em anos)		
1-5	4	18,18
6-10	3	13,64
11-15	5	22,73

16-20	4	18,18
21-25	3	13,64
≥ 25	2	9,09
Desconhecido	1	4,55
Tratamentos anteriores por SDA		
Regime ambulatorio	22	100
Regime internamento	7	31,82
Regime residencial em centros ou comunidade terapêutica	3	13,64
Período máximo relatado de abstinência alcoólica (meses – M e anos – A)		
6 M	2	9,09
2 A	4	18,18
15 A	1	4,55
20 A	1	4,55
Consumo médio de gramas de etanol / dia		
≤100	2	9,09
100-199	5	22,73
200-299	9	40,91
300-399	3	13,64
400-499	1	4,55
≥500	1	4,55
Abstinente 12 ou mais dias	1	4,55
Taxa de alcoolémia (g/l)		
0,00	14	63,64
< 0,50	1	4,55
≥ 0,50: 0,50-1,00 (n=2); 1,01-2,00 (n=2); 2,01-3,00 (n=2); ≥3,01 (n=1)	7	31,82
Antecedentes pessoais		
Doenças infecto-contagiosas: HIV (n=2); HVC (n=1)	3	13,64
Hipertensão arterial	5	22,73
Diabetes <i>melitus</i> II	1	4,55
Depressão Major	2	9,09
História de crises convulsivas: contexto de consumo álcool (n=1); contexto de privação alcoólica (n=2)	3	13,64
Epilepsia	1	4,55

Dos 22 participantes, 50% afirma consumir exclusivamente bebidas alcoólicas, sendo que a outra metade refere também consumos de outras substâncias psicoativas, nomeadamente cocaína, heroína, haxixe/*cannabis*, anfetaminas, ecstasy e benzodiazepinas em dosagem não terapêutica, sendo que 13,64% refere manter consumos atuais (n=3) e 36,36% dos participantes refere-se em recuperação (n=8). Dos 36,36% dos participantes em recuperação de substâncias psicoativas, 9,09% estavam em programa de tratamento de agonista opiáceo com metadona.

Verificou-se que a maior percentagem de participantes (40,90%) iniciou o consumo de álcool entre os 15 e 21 anos de idade, sendo que a menor percentagem (9,09%) corresponde aos participantes que iniciaram consumos de álcool após os 21 anos de idade.

Relativamente ao tempo de evolução da dependência alcoólica, sendo dados subjetivos uma vez que se referem à perceção do utente e da consciencialização do seu consumo de álcool enquanto dependência alcoólica, a maior percentagem de participantes verifica-se entre os 11-15 anos de evolução (22,73%), seguindo-se do período de tempo dos 16-20 anos (18,18%) em igualdade com 1-5 anos (18,18%). Existe um dado desconhecido, uma vez que o participante em questão não conseguiu identificar o início da sua dependência alcoólica.

Face a tratamentos anteriores por SDA, 100% dos participantes inquiridos referiram terem realizado tratamento em regime ambulatorio sem sucesso, sendo que 31,82% estiveram em tratamento em regime de internamento e 13,64% em regime residencial em centros ou Comunidades Terapêuticas (CT). Do total dos participantes 36,36% relatam períodos de abstinência (mínimo 6 meses e máximo 20 anos), sendo que 31,81% após tratamentos em regime de internamento ou regime residencial e 4,55% sem qualquer apoio médico ou psicoterapêutico.

Refere consumos diários de álcool (gramas de etanol) entre os 200 e 299g etanol/dia 40,91% dos participantes, contudo os relatos variam entre valores menores que 100g etanol/dia em 9,09% dos casos e superiores a 500g etanol/dia em 4,55%. Um dos participantes à data da colheita de dados encontrava-se abstinente há cerca de 2 semanas. Ainda relativamente ao momento do internamento na UAL a taxa de alcoolémia dos participantes variou entre o 0,00g/l em 63,64% dos participantes e valores superiores a 3,01g/l em 4,55% das situações, sendo que na tabela consideram-se os valores <0,50g/l e valores ≥0,50g/l, uma vez que 0,50g/l é considerado valor de referência em termos legais.

De referir que, apesar de não se ter feito referência na tabela, considera-se relevante para o trabalho o seguimento em regime de ambulatorio com o médico/gestor de caso após alta clínica da UA. Assim, verificou-se que 63,64 % dos

participantes permanecerá em seguimento na UA, sendo que 36,37% regressam ao seguimento nas equipas de tratamento que fizeram a referência para internamento na UA.

2.4. Instrumentos e técnicas de recolha de dados

Tendo como objetivo a recolha de dados, utilizamos diferentes instrumentos e técnicas, que apresentamos de seguida.

❖ Guião para colheita de dados sociodemográficos, história e natureza dos consumos

Visando a recolha de dados desta natureza, foi elaborado um guião semiestruturado (apêndice II), enquanto instrumento para a entrevista de colheita de informações ao utente. O fato o guião ter sido pensado de forma semiestruturada, relaciona-se com a necessidade de haver espaço para questões abertas, procurando conhecer melhor o utente e a sua história de consumos e antecedentes pessoais, evitando limitar a pertinência da informação colhida. Phaneuf (2002) refere que a entrevista de colheita de dados deve ter como objetivo a recolha de informações precisas e o mais abrangente possível, para assim o enfermeiro orientar o seu pensamento e estabelecer diagnósticos com vista a organizar a sua intervenção.

O guião foi elaborado no sentido de recolher informações e dados relativos com a caracterização sociodemográfica do utente, antecedentes pessoais e familiares relevantes, genograma, história do consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, medicação, possíveis alterações nas necessidades humanas fundamentais, entre outras informações relevantes.

De referir que alguns dados são de índole subjetiva, uma vez que se relacionam com a perceção da pessoa perante a doença e os problemas ligados ao consumo de álcool. Contudo, a entrevista de colheita de dados também pressupõe a observação do estado físico e mental, consulta de exames complementares de diagnósticos e registos médicos e outros profissionais de saúde e discussão com o co-responsável/família, por forma a complementar a informação fornecida pelo utente (Bolander, 1998; Phaneuf, 2002).

❖ **Fichas de *follow-up***

Para registo da informação recolhida durante o contacto telefónico, foi necessária a construção de um instrumento que o permitisse fazer uniformemente. Desta forma, foi desenvolvida uma ficha de seguimento, que servirá de instrumento de registo nos diferentes momentos de contacto (apêndice III).

Tendo em conta dados referidos anteriormente, sobre a taxa de recaída após o tratamento e a planificação da prevenção da recaída em programas ambulatoriais (Henriques, 2004) segundo os estádios de mudança, definimos para o programa de *follow-up* a existência de cinco momentos para os contactos telefónicos (1ª semana, 1º mês, 3º mês, 6º mês e 12ª mês), verificando-se maior frequência até ao 3º mês pós-alta.

O número de fichas corresponde ao número de contactos telefónicos a estabelecer. Pressupõe-se que em cada contacto seja efetuado o registo na ficha de *follow-up* correspondente. A informação que se pretende recolher refere-se a: o utente atendeu e se não os motivos, se foi possível falar com co-responsável e motivos no caso de impossibilidade, se o utente mantém abstinência, ocorrência de lapsos e consumo de outras substâncias psicoativas e outras informações relevantes do decurso da entrevista telefónica.

❖ **Questionário Avaliação Semanal da Recuperação (ASR) adaptado**

Com vista a uniformização da informação a abordar e colher durante o *follow-up* telefónico, sentimos necessidade de utilizar um questionário único para os diferentes momentos do seguimento telefónico e utentes. Este instrumento foi também pensado com o objetivo de tomar conhecimento do presumível risco de recaída, através da autoavaliação do utente relativamente a diferentes área de vida, e a obtenção de dados e informações que permitissem dirigir o contacto de forma a intervir na manutenção da motivação para a mudança. (apêndice IV)

Na impossibilidade de adequar instrumentos existentes para os objetivos e intervenção visada, foi realizada uma adaptação de um questionário já existente, ASR (anexo III), desenvolvido e aplicado no âmbito do PPR da Unidade de

Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA) do Ministério da Defesa Nacional – Marinha, por Henriques (1998), com base numa ideia original do 10º passo dos AA.

A ASR é um instrumento com vista à autoavaliação estruturada da qualidade e grau de comprometimento do PPR e dos progressos do processo de recuperação” (Henriques, 1998), que contempla 100 questões distribuídas em 12 áreas de vida (1. Saúde, 2. Tratamento, 3. AA/Narcóticos Anónimos (NA) – Programa de 12 Passos, 4. Família, 5. Casamento/Namoro/Sexo, 6. Amigos/Pessoas significativas, 7. Trabalho/Estudo, 8. Finanças, 9. Legal, 10. Lazer/Diversão/Cultura, 11. Emoções negativas, 12. Aqui e Agora). Este instrumento integra a recuperação bio-psico-social e espiritual, visando ser uma ajuda na redução da ansiedade no processo da recuperação e manutenção da abstinência. (Henriques, 1998).

As condicionantes relativas ao contexto em que se efetua o *follow-up* obrigaram a uma adaptação e redução do questionário original da ASR. Assim, foram realizadas diferentes adaptações do instrumento, com o intuito de verificar o que melhor se adaptaria ao objetivos estabelecidos.

A versão final da adaptação do questionário contempla 8 áreas de vida (Saúde, Tratamento, AA/NA, Família, Amigos, Trabalho, Lazer e Emoções negativas), com 12 questões às quais se pretende que em cada contacto de *follow-up* telefónico o utente responda segundo uma escala de 0 (Não cumprido/Muito mal) a 4 (Integralmente cumprido/Muito bem).

Durante a sessão de apresentação e esclarecimento do *follow-up* telefónico (posteriormente descrita) ao grupo de participantes, o questionário é sinteticamente apresentado com o objetivo da correta interpretações das questões, estimulando o empenho nas tarefas de recuperação e de forma a não se tornar causador de ansiedade ou de falsa sensação de cumprimento do programa (Henriques, 1998), apesar do possível risco de condicionar as respostas no futuro.

2.5. Procedimentos para implementação do projeto

Para melhor compreensão da forma como o projeto de intervenção foi levado a cabo, passamos a descrever os procedimentos realizados.

Quando do planeamento do programa, houve necessidade de definir os contextos de estágio, sendo que essa escolha deveu-se fundamentalmente às necessidades impostas pelo programa a desenvolver. Se por um lado este surge das inquietações e motivações recorrentes da prática clínica, fazendo sentido que fosse planeado e desenvolvido nesse mesmo contexto para dar resposta às necessidades sentidas, por outro não se pode ignorar a necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências com outros peritos e profissionais especializados no cuidar a pessoa com SDA, que desenvolveram um PPR, recorrendo ao *follow-up* telefónico como um das diferentes estratégias de intervenção.

Assim, passamos a apresentar o primeiro contexto de estágio.

2.5.1. Clínica de Alcoologia

De 01 a 26 de Outubro de 2012, o estágio foi realizado numa CA no concelho de Sintra.

A clínica de alcoologia pertence a um centro assistencial na área da psiquiatria, saúde mental e reabilitação psicossocial que tem como missão a prestação de cuidados de saúde e apoio social humanizados. Esta clínica é uma unidade de tratamento para pessoas com SDA, tendo programas de tratamento e recuperação em regime de internamento ou em ambulatório (CANR).

O serviço de internamento tem capacidade para 23 utentes (ambos os sexos). É realizado segundo regime de internamento voluntário, num programa de 4 semanas que pode estender-se até 6 semanas, segundo um modelo “teórico integrador, bio-psico-social e espiritual” (modelo *Minnesota* adaptado) (CANR), implicando uma intervenção segundo uma abordagem individual, grupal e familiar.

Desta clínica consta uma equipa multidisciplinar (médica: psiquiatria e clínica geral, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional), sendo que o plano de intervenção passa por reuniões psicopedagógicas em grupo e de família, treino de relaxamento e de assertividade, acompanhamento individual e colaboração do Pastoral da Saúde e dos AA, consoante a avaliação a nível médico, psicológico e de enfermagem (CANR).

No decurso do internamento é dada a possibilidade ao utente de, o 3º fim-de-semana, passar em casa, sendo considerado como fase inicial e integrante do programa de PR, uma vez que permite ao utente iniciar o planeamento dos seus dias no exterior e fazer um levantamento das maiores dificuldades e encontrar estratégias para fazer face às mesmas.

Após a alta, o utente permanece em seguimento na CA num programa de PR implementado. Este programa funciona segundo uma metodologia de intervenção em grupo, com recurso a diferentes estratégias de treino de competências pessoais e sociais bem como a sessões de informação psicopedagógica. O PPR é composto por 8 sessões, com um número máximo de 10 participantes. Este programa inclui, numa fase posterior (6 meses e 12 meses após a alta), o *follow-up* telefónico enquanto estratégia de monitorização da abstinência e reforço para a manutenção da mudança.

Posto isto, importa dar a conhecer como se processa o *follow-up* telefónico nesta clínica, bem como referir a intervenção realizada neste âmbito.

❖ **Observação da intervenção e intervenção no âmbito do *follow-up* telefónico enquanto estratégia do PPR**

Relativamente a esta atividade, importa referir, que se antecederam momentos de apresentação do projeto e os objetivos do mesmo com o enfermeiro orientador da CANR. Assim, foi possível compreender de forma sucinta o *follow-up* telefónico em funcionamento no CANR e o programa de PR no qual se encontra inserido, ver algumas dúvidas respondidas e delinear em conjunto as atividades a desenvolver e que poderiam ser relevantes no desenvolvimento do projeto proposto. Assim sendo,

ficou desde cedo definido que existiria a oportunidade de observar a intervenção dos enfermeiros neste âmbito e seguidamente poder intervir de igual forma nesse sentido.

O *follow-up* telefónico na CANR baseia-se num seguimento para monitorização da abstinência. Trata-se de dois momentos de contacto telefónico, aos seis e doze meses após a alta do internamento, em que se questiona o utente e/ou pessoa de referência sobre a abstinência do álcool, registando-se uma das diferentes possibilidades: “totalmente abstinente”; “1-5 episódios de consumo de álcool”; “menor consumo do que antes do internamento” e “em recaída”. Contudo, este momento também permite tomar conhecimento do estado atual do utente (saúde, trabalho, família), intervir em situações de crise e se necessário realizar encaminhamentos para outros profissionais, sendo também um momento para a motivação da manutenção da abstinência.

Em momentos de observação da intervenção dos enfermeiros e da minha própria intervenção, tentei tirar partido de tudo o que pudesse aprender, aperfeiçoando ou adquirindo competências e conhecimentos que permitiriam pensar e colocar em prática o programa a que me havia proposto. A partir desse momento começou-se a delinear com bases mais sólidas e realistas, a forma como se pretendia desenvolver o programa proposto.

De referir, que tal como se de um contacto presencial se tratasse, houve respeito e colaboração por parte dos utentes, dando resposta ao que lhe era questionado e abordado e colocando eles próprios dúvidas e questões sobre a recuperação, o seguimento pós-alta ou mesmo solicitando ajuda e encaminhamento por se encontrarem em situação de crise ou recaída. Neste âmbito, Chalifour (2009), aborda uma serie de condições que se devem verificar, por parte do cliente, para aumentar o sucesso da intervenção de ajuda, entre estas, refere que o cliente “deve aceitar que o terapeuta o ajude ou pelo menos considerar esta possibilidade” (p.85), tendo sido esta disponibilidade que percebi existir naquele grupo.

De referir que no decurso deste período de estágio, algumas intervenções e instrumentos estavam a ser desenvolvidos, contudo consideramos que a sua apresentação deve contar no contexto de estágio onde iriam ser implementados.

2.5.2. Unidade de Alcoologia

Num segundo momento, de 29 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013, o estágio foi realizado numa UA, local onde exerço funções e no qual senti necessidade, aproveitando esta oportunidade, para planear e desenvolver algo que permitisse uma melhoria dos cuidados de enfermagem e ao qual se possa dar continuidade envolvendo a equipa de enfermagem e multidisciplinar, mesmo após o término do período de estágio.

A unidade integra duas grandes valências, sendo estas o serviço de ambulatório e serviço de internamento, segundo um programa de desintoxicação e psicoterapêutico, sendo que os cuidados prestados ao cliente são desenvolvidos numa perspetiva de tratamento, acompanhamento, reabilitação e reintegração na família/sociedade. O programa tem como objetivos principais a abstinência total de álcool e de outras substâncias psicoativas e a promoção para a mudança de estilos de vida, adotando estilos de vida saudáveis.

O internamento funciona segundo um regime voluntário (em que o utente tem plena consciência dos seus atos, conhecimento e aceitação das normas e regras – não incluindo internamento compulsivo), tendo capacidade para 25 utentes (5♀ e 20♂). O tratamento é estruturado de acordo com um programa de intervenção psicoterapêutica, uma adaptação do Modelo *Minnesota* assente em quatro grandes premissas: filosofia dos 12 passos, terapia da realidade, abstinência de álcool e drogas e conceito de doença/adição. Está incluído no programa de tratamento, que após a alta o utente se mantenha em seguimento na unidade em consultas médicas e com o gestor de caso, ou na sua equipa de tratamento de referência, bem como seguimentos quinzenais em grupos pós-alta durante 2 anos.

No período de estágio nesta unidade, foi possível implementar atividades, algumas previamente planeadas e desenvolvidas, para colocar em prática o programa de enfermagem de *follow-up* telefónico. Algumas dessas atividades serão abaixo apresentadas e contextualizadas, com o objetivo de compreensão do procedimento adotado.

❖ Planeamento e realização de sessão de apresentação e esclarecimento sobre o *follow-up* telefónico, dirigida aos utentes/co-responsáveis

Consideramos que uma atividade fundamental e responsável por parte do sucesso do contacto telefónico é a sessão de esclarecimento sobre a consulta de enfermagem de *follow-up* (apêndice V), dirigida aos utentes internados na unidade de alcoologia com alta clínica prevista e respetivo co-responsável.

A referida sessão diz respeito ao momento em que se reúne o grupo de utentes com alta clínica (que reuniram critérios para participarem) e co-responsável e lhes é apresentado a consulta telefónica de enfermagem de *follow-up*, convidando-os a participar. É também nesse momento em que é apresentado o âmbito do programa, os objetivos, procedimentos para a sua realização, número e horário dos contactos telefónicos e condições para participação.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: Uteses internados na UA, com diagnóstico de SDA, tendo completado o período de desintoxicação de álcool/substâncias psicoativas e com alta clínica prevista. Como critérios de exclusão estabeleceu-se o seguinte: défices cognitivos que dificultem a compreensão e discurso lógico-dedutivo; perturbações psicóticas em fase ativa; desorientação auto e alopsíquica e tempo-espacial e/ou em estado confusional; surdez total bilateral e alta clínica para centros ou CT.

Os utentes e co-responsável foram informados dos seguintes procedimentos estabelecidos: em qualquer dos contactos telefónicos o enfermeiro poderá pedir para falar com o co-responsável, sendo que em caso de o utente não atender, o contacto será efetuado para este; só o utente poderá responder ao questionário²; em

² Por se tratar de uma autoavaliação perante diferentes áreas de vida.
Bárbara Miranda / 2014

situação de recaída o utente continuará a ser contactado (se assim o desejar) mas não será aplicado o questionário³; se o enfermeiro considerar necessário poderá combinar um momento presencial e/ou encaminhar o utente para outro profissional de saúde implicado no processo de tratamento do utente.

Foram **realizados e entregues folhetos** (apêndice VI) sobre o programa apresentado, realizando-se uma leitura em conjunto e sendo que de seguida é dada a oportunidade de os utentes/co-responsável colocarem questões, dúvidas e partilharem opinião e a vontade ou não de ser incluído neste seguimento telefónico. Seguidamente, os utentes que consentiram em participar, são convidados a ler e assinar um **consentimento informado** (apêndice VII), bem como o co-responsável.

A forma como esta sessão se processa, como é transmitida a informação, a relação previamente estabelecida com cada um dos utentes, a importância dada à sua participação são preponderantes na sua tomada de decisão e aceitação. Neste sentido, Phaneuf (2005) refere que a pessoa deve ser implicada e colaborar dentro das suas possibilidades e limitações, sendo que sem a sua colaboração a missão de ajuda do enfermeiro deixará de fazer sentido.

Ainda nesta sessão, são entregues ao utente, **cartões com o agendamento dos contactos telefónicos** (apêndice VIII), não com as datas específicas do contacto telefónico com vista a não condicionar o momento *follow-up*, mas com o mês e ano, com o objetivo de manter proximidade, a lembrança do contacto e de alguma forma, um comprometimento para com o utente da nossa intervenção. De referir, que a data dos contactos telefónicos está dependente da data da alta, sendo que o agendamento é contabilizado a partir dessa mesma data e tendo em conta que foi estabelecido que os contactos serão ao fim-de-semana num horário próximo da hora de almoço, considerado pelos utentes o mais oportuno.

A partir do momento em que o utente consente formalmente a participar no programa, procede-se à elaboração do seu processo individual, para de seguida ser arquivado no *dossier* que possui todos os processos individuais dos utentes a serem

³ O questionário não será aplicado uma vez que o processo de recuperação se tornou disfuncional, não sendo passível cumprir o plano de prevenção.

contactados. Este *dossier* está organizado segundo datas de alta, no sentido de facilitar o acesso ao processo individual dos utentes a contactar.

❖ **Elaboração do processo individual do utente**

Com vista à organização e acessibilidade dos dados dos utentes participantes, sentimos necessidade de construir um processo individual do utente (apêndice IX). Este processo individual diz respeito à informação que deve estar acessível ao enfermeiro quando da realização do contacto telefónico ou para possíveis consultas, facilitando o acesso aos dados e minimizando a ocorrência de erros e situações de constrangimento no momento do *follow-up*.

Desta forma, o processo individual do utente foi elaborado e organizado da seguinte forma: página de rosto (identificação do utente, data de internamento, da alta clínica e do 1º contacto telefónico); 1 - Contactos importantes; 2 - Medicação à data da alta; 3 - Calendarização do seguimento pós-alta (consulta médica, consulta com gestor de caso, grupos pós-alta e do *follow-up* telefónico); 4 – Guião para entrevista de colheita de dados; 5 - Consentimento informado; 6 - Fichas de *follow-up* (cinco) e 7 - Questionário ASR adaptado.

❖ **Realização da consulta telefónica de enfermagem de *follow-up***

Após todos os procedimentos anteriormente descritos e tendo em conta o agendamento dos *follow-up*, é chegado o momento da realização da consulta telefónica, importando clarificar como se procede.

Num período de 12 meses estão planeados ser efetuados cinco contactos telefónicos. Importa referir que no período de tempo de estágio para implementação do programa, só foi possível chegar até ao terceiro contacto, que corresponde ao 3º mês após a alta e uma vez que os utentes têm alta em momentos diferentes, também se tornou uma condicionante para o número de contactos a serem estabelecidos.

Abaixo segue uma tabela, que explicita o número esperado de utentes em cada contacto telefónico.

Tabela 3 - Número esperado de participantes

Tempo decorrido após a alta da UA	1º Contacto	2º Contacto	3º Contacto
	1ª Semana	1º Mês	3º Mês
Número de participantes esperado para cada momento de contacto	22	19	11

Os contactos telefónicos pressupõem o preenchimento das diferentes fichas de *follow-up* e a aplicação do questionário. Implicam ainda o registo de informações relevantes e encaminhamentos efetuados.

❖ Construção de guia de procedimentos

Tendo em consideração a uniformização dos procedimentos e a continuidade do programa e sua implementação como intervenção de enfermagem na UA, existe a necessidade de construir um guia dos procedimentos a ter em conta na realização do programa de enfermagem de *follow-up* telefónico, pretendendo-se que seja um guia orientador da intervenção. Segundo Garden *et al.* (2001) citado por Martins & Lopes (2010) a utilização de guias de orientação da intervenção numa consulta telefónica e a existência de protocolos, ajudam no processo de tomada de decisão.

Como referido anteriormente, o programa não passa somente pela consulta telefónica de enfermagem para seguimento pós-alta, implicando também momentos em contexto de internamento como a sessão de apresentação e esclarecimento do *follow-up* telefónico. Assim, a construção deste guia visa orientar e uniformizar a intervenção de enfermagem, garantindo que todos os procedimentos necessários à realização do programa são tidos em conta, diminuindo assim possíveis comprometimentos.

Deste guia constam procedimentos ainda em contexto de internamento e após a alta, sugerindo possíveis atuações em diferentes situações. É de notar que o guia não será apresentado, visto ainda a não conclusão deste primeiro programa (12 meses) e consequentemente a necessidade de constantes ajustes ao documento.

2.6. Questões éticas

Durante o processo de conceção e desenvolvimento deste trabalho tivemos presentes os princípios éticos inerentes à natureza e especificidades do mesmo, uma vez que “a preocupação pela defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” e “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” devem ser princípios orientadores da intervenção dos enfermeiros, segundo o código deontológico dos enfermeiros (OE, 2009).

Assim, todos os utentes que aceitaram participar neste projeto, foram esclarecidos sobre o contexto, objetivos e procedimentos do programa a implementar, deram o seu consentimento livre e escrito, a carta direitos utentes (DGS, 2005) bem como o artigo 84º do código deontológico dos enfermeiros sobre o dever da informação (OE, 2009). Foram também informados de que poderiam recusar a participação ou desistir em qualquer fase do seu percurso, sem que por tal haja consequências ou penalizações para si ou para os seus familiares / co-responsável, bem como, o seu direito em tomar conhecimento dos resultados da avaliação do projeto em que participaram.

Aos participantes foi ainda assegurado a confidencialidade, sigilo e proteção dos dados obtidos em qualquer fase do programa, preservando da mesma forma a sua privacidade, tendo em consideração o artigo 35º e 36º da carta dos direitos utentes internados (DGS, 2005) e segundo o dever de sigilo do enfermeiro (OE, 2009), sendo normas éticas referenciadas de igual forma na Declaração de *Tel Aviv* da Associação médica Mundial (1999) sobre a utilização da telemedicina. Assim, qualquer dado sobre o utente e família será definido sem revelar nomes ou dados passíveis de facilmente serem atribuídos a determinado participante, de forma a manter o anonimato, visto ser um grupo reduzido. Ainda segundo estes princípios éticos, os utentes foram informados de que, quando se verificasse ser pertinente, a informação seria partilhada exclusivamente com intervenientes do seu plano terapêutico e tendo em conta exclusivamente o seu “bem-estar, a segurança física, emocional e social e os seus direitos” (OE, 2009).

Apesar do período de estágio clínico não permitir a realização do *follow-up* nos termos propostos, assumimos o compromisso de o concluir assegurando a continuidade dos cuidados (OE, 2009)

Tendo em conta a natureza e especificidade do trabalho enquanto implícito o contacto telefónico, antes da alta dos participantes da UAL foi acordado o horário mais adequado para este contacto, de forma a interferir o menos possível nas atividades de vida do utente/co-responsável e no decurso do contacto havia uma certificação de que não estaria a haver interferência nas suas atividades. Os utentes foram ainda informados de que a sua participação não suportaria, para si próprio, qualquer encargo financeiro.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procuramos sintetizar os principais resultados observados durante o projeto de intervenção, em particular, no âmbito das entrevistas telefónicas de *follow-up*.

As opções metodológicas instituídas, para melhor avaliação e monitorização e os resultados deste programa de intervenção, assentaram num desenho misto, com instrumentos de natureza quantitativa e qualitativa. Na monitorização quantitativa utilizámos o questionário ASR (adaptado de Henriques, 1998) que tem como objetivo ajudar a avaliar o risco de recaída, e a ficha de *follow-up* onde se registaram alguns procedimentos ocorridos durante as entrevistas como, por exemplo, ocorrência de encaminhamentos e atendimento a familiares. Os dados de natureza qualitativa baseiam-se no registo de observação, que fomos efetuando no decurso de cada entrevista, e estão centrados nas temáticas abordadas, problemas identificados e considerações dos entrevistados sobre a utilização do telefone.

Começamos por apresentar uma breve caracterização das entrevistas telefónicas de *follow-up* efetuadas. De seguida enunciamos os resultados e a análise ao questionário de ARS (adaptado de Henriques, 1998) para finalmente, discutirmos sobre a caracterização das principais temáticas abordadas, problemas identificados e apreciação dos entrevistados sobre a implementação do programa por via telefónica.

3.1. Caracterização dos contactos telefónicos de *follow-up*

Participaram neste projeto de intervenção em enfermagem, 22 utentes que tiveram internamento na UA, durante o qual foi explicado o projeto e obtido o consentimento para participação. O programa durou 5 meses, entre Outubro de 2012 e Fevereiro de 2013, durante o qual foram realizadas 52 chamadas telefónicas, distribuídas por

três momentos: 1º contacto (uma semana após alta), 2º contacto (um mês após alta), e 3º contacto (três meses após a alta), como explicitado na tabela 3.

Na tabela 4 evidenciamos alguns eventos, associados a cada momento de contacto telefónico, como, por exemplo, o número de participantes com quem contactámos, a identificação do elemento que recebeu o telefonema, a ocorrência de encaminhamentos e a avaliação clínica do utente quanto ao seu processo de recuperação (despiste de recaída).

Tabela 4 – Principais eventos observados no decurso das entrevistas telefónicas.

Eventos observados	52 Entrevistas telefónicas		
	1º Contacto	2º Contacto	3º Contacto
Tempo decorrido após a alta da UAL	1ª Semana	1º Mês	3º Mês
Número esperado de participantes para cada momento de contacto	22	19	11
Chamadas não atendidas	2	3	2
Entrevistas efetuada só ao utente	16	14	8
Entrevistas efetuadas só ao co-responsável	1	0	1
Entrevistas mistas (utente e co-responsável)	3	2	0
Percentagem de participação no programa	90,9%	84,2%	81,8%
Encaminhamentos efetuados			
Para consulta de enfermagem presencial	0	1	0
Para consulta médica/gestor de caso presencial	1	1	1
Percentagem relativas de encaminhamentos	4,5%	10,5%	9,1%
Avaliação clínica do processo de recuperação			
Utentes abstinentes	19	14	8
Ocorrência de recaídas	0	1	1
Desconhecido	1	1	0
Percentagem de utentes abstinentes	95%	87,5%	81,8%
Percentagem de respondentes ao Questionário ASR	86,3%	84,2%	63,6%

Fonte: Ficha de *follow-up*

❖ 1º Contacto telefónico

Bárbara Miranda / 2014

Conseguiu-se estabelecer contacto com 20 utentes, sendo que 19 telefonemas foram atendidos pelo próprio e 1 pelo co-responsável. Foi apurado que 19 utentes referem-se abstinentes de álcool e de substâncias psicoativas, sendo que 1 foi atribuído o estado de “desconhecido” uma vez que, só houve a possibilidade de falar com o co-responsável que referiu ter dúvidas quanto à abstinência do álcool por alterações evidentes do comportamento, pedindo ajuda. O encaminhamento realizado nessa fase refere-se ao utente em que só foi possível falar com a co-responsável, e uma vez que a data da consulta com o médico em ambulatório na UA estava próxima, o médico foi informado da situação referenciada para assim ajustar a sua intervenção à informação dada.

❖ 2º Contacto telefónico

Foi possível realizar 19 contactos telefónicos, dos quais, 16 entrevistas possíveis. Num dos contactos falou-se apenas com a co-responsável (correspondente à mesma situação do 1º contacto) em que manteve como “desconhecido” o consumo de álcool por parte do utente. Destes contactos conseguiu-se apurar uma situação de lapso (aos 15 dias após a alta e com regresso ao processo de recuperação), uma situação de recaída, correspondendo à situação de encaminhamento referenciada na tabela 4. O encaminhamento passou pela referência da situação ao técnico psicoterapêutico que efetua os grupos pós-alta quinzenais na UA do qual o utente está incluído, uma vez que o utente é seguido pelo médico e gestor de caso numa equipa de tratamento.

O momento presencial referenciado na tabela 4 refere-se a uma situação em que no decurso do contacto telefónico se verificou a necessidade de uma intervenção presencial e foi combinado com o utente esse momento quando de uma deslocação à UA para participação no grupo de autoajuda (AA). Ainda de referir, que o questionário ASR adaptado foi aplicado em 14 dos 16 contactos telefónicos uma vez que, se excluíram os contactos apenas com o co-responsável e o utente em situação de recaída.

❖ 3º Contacto telefónico

Foram estabelecidos 11 contactos telefónicos, sendo que foram realizadas 9 entrevistas telefónicas, das quais 8 foram com o próprio utente e 1 com o co-responsável (referente ao mesmo utente dos contactos anteriores). Das 9 situações em que se conseguiu estabelecer contacto, 8 utentes referem-se abstinentes, sendo que o co-responsável de um dos utentes refere que este se encontra recaído. O encaminhamento ao qual nos referimos na tabela 4 tem em conta a situação do utente sinalizado como recaído, sendo que o gestor de caso que o segue na UA foi informado da situação.

Ao longo dos três contactos telefónicos estabelecidos, verifica-se um decréscimo de participações no programa, de 90,9% para 81,8% e de utentes abstinentes, de 95% para 81,8%, corresponde ao 1º e 3º contacto respetivamente. Estes dados implicam diretamente um decréscimo na percentagem de respondentes ao questionário (86,3% no 1º contacto e 63,6% ao 3º contacto).

Segundo Henriques (2004), a transição entre regime de internamento e o “mundo real” é geradora de *stress* e (re)aprender a não depender do álcool para enfrentar situações quotidianas e estados emocionais é um processo complexo envolto em retrocessos e exigindo competências e capacidades diversificadas (Trigo, 2006). Os estudos anteriormente discutidos colaboram com estas afirmações, ao demonstrarem a percentagem de recaídas após tratamento. Assim, seria de esperar um decréscimo no número de participantes abstinentes ao longo do tempo.

Falta ainda explicar o decréscimo na percentagem de participantes ao longo dos três meses. Gorski e Miller (1992), fazem uma abordagem à negação presente na abstinência, no qual o utente tendo parado de consumir, perante uma situação ameaçadora ou desagradável, afasta-a da sua consciência, criando um pensamento ilusório. Por outro lado, a vergonha faz parte do processo de recuperação, fazendo com que o utente esconda os sinais de aviso de recaída ou mesmo situações de recaída e deixe de ser honesto consigo e com os outros, existindo o sentimento de que é “irrecuperável” (Gorski & Miller, 1992).

Tendo o utente consciência do objetivo dos contactos telefónicos, poderá vivenciá-los enquanto um confronto com a sua situação real e a possível instalação do

processo de recaída, o que poderá ser uma possível explicação para a diminuição de participantes no programa.

3.2. Análise e discussão dos resultados obtidos pelo questionário ASR adaptado

O questionário ASR (adaptado de Henriques, 1998) foi aplicado a todos os utentes com os quais foram efetuadas entrevistas telefónicas, excluindo-se a sua aplicação em caso de recaída ou em contactos em que apenas foi possível falar com o co-responsável. Assim sendo, e tendo em conta a tabela 4 apresentada anteriormente, o questionário foi aplicado em 41 contactos (1º contacto: 19; 2º contacto: 14; 3º contacto: 8)

Tabela 5 - Análise dos dados obtidos pelo questionário ASR adaptado

Questionário de Avaliação Semanal de Recuperação									
	1º Contacto		2º Contacto		3º Contacto		Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para comparação de diferença de médias entre os três contactos.		
	1 semana		1 mês		3 mês				
Tempo decorrido após a alta da UAL	1 semana		1 mês		3 mês				
Número de respondentes ao Questionário ASR	19		14		8				
Testes estatísticos	M	DP	M	DP	M	DP	χ^2	gl	p
Saúde									
Alimentação	2,8	0,9	2,9	0,7	2,8	1,0	0,07	2	0,970
Exercício físico	2,1	1,4	1,6	1,5	1,3	1,6	2,50	2	0,303
Sono	3,3	0,7	3,1	0,7	3,1	0,8	0,78	2	0,713
Cumprimento do tratamento aversivo									
Nível de cumprimento na toma de Dissulfiram	4,0	1,0	3,4	1,1	3,0	1,2	2,28	2	0,420
Participação em AA/NA Programa 12 passos									
Nível de cumprimento em programa de AA	1,7	1,6	1,8	1,3	1,3	1,2	2,99	2	0,261
Família									
Nível de participação em atividades familiares	2,3	1,1	2,5	1,1	1,8	1,0	2,40	2	0,341
Amigos e pessoas significativas									
Investimento em novas amizades e relações	2,1	1,2	1,6	1,0	1,0	0,9	0,341	2	0,136
Trabalho ou estudo									
Enfrentamento da recuperação no local	2,8	0,9	2,2	1,3	3,6	1,6	3,32	2	0,210
Enfrentamento da situação de desemprego	2,6	0,8	1,3	1,2	1,0	1,5	3,81	2	0,178

Lazer/ diversão / cultura									
Ocupação saudável de tempos livres	1,9	1,0	1,5	0,7	0,9	0,8	6,07	2	0,065
Emoções negativas									
Enfrentamento da ansiedade e gestão do stress	2,6	1,0	2,1	1,0	1,4	0,5	9,16	2	0,015
Enfrentamento de sentimentos de raiva e culpa	2,3	1,2	1,7	1,0	1,1	1,0	6,15	2	0,045

Fonte: Questionário ASR adaptado

Para efeito de análise e tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel (versão 2007), onde foi possível correlacionar os dados entre as diferentes áreas de vida. Foi ainda utilizado um teste não paramétrico “Teste de *Kruskal-Wallis*” para comparação de diferença de médias entre os três contactos, verificando a sua significância.

Uma vez que baseamos a nossa intervenção segundo um modelo integrativo de três valências - situações de grande risco de recaída, sintomas ALP e sinais de aviso das recaídas e terapia cognitiva com identificação de crenças e pensamentos que mantêm ativos os processos de recaída - e sendo que o questionário aplicado serve como base para uma monitorização da evolução da recuperação, orientando o plano específico da PR e organizando o perfil inicial a reavaliar ao longo das semanas seguintes (Henriques 2004), a análise dos resultados será realizada com base nessas premissas.

Com base na observação da tabela acima, podemos constatar que a capacidade de enfrentamento da ansiedade, gestão do stresse, sentimentos de raiva e culpa, foram diminuindo progressivamente após a alta ($p < .05$). Nas restantes atividades de vida, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) ao longo do tempo.

Na sequência de emoções negativas, inicia-se um processo de “desistência” no processo de recuperação e no enfrentar as dificuldades do quotidiano (Henriques, 2004). As emoções negativas como o *stress*, ansiedade, raiva e culpa, e a forma de as gerir e capacidade em partilhar, são consideradas, pelos diferentes autores, enquanto indicadoras da possibilidade de recaída. A dificuldade em gerir o *stress*

condiciona o normal funcionamento da pessoa, podendo fazer com que se sintam “à beira de um colapso físico ou emocional” (Gorski & Miller, 1992, p.53). A ansiedade e o *stress* também podem aumentar com o facto de o utente tentar controlar emoções como a raiva, que exigem dele grande autocontrolo. Por outro lado, sentimentos como a culpa fazem com que os utentes escondam os sinais de aviso de recaída e deixem de ser honestos quanto sobre o que estão a sentir, perante os outros, pois este sentimento resulta de um auto-julgamento “fiz algo de errado” (Gorski & Miller, 1992, p.58).

Para Marlatt e Gordon (1985) **emoções negativas** como a culpa, ansiedade e a raiva podem ser consideradas sinais de grande risco de recaída. Perante este tipo de emoções, Henriques (1999) faz referência à partilha com amigos/pessoas significativas e em **grupos de autoajuda** enquanto técnica para lidar com as mesmas. A continuidade ou abandono dos grupos de auto-ajuda (AA/NA), pode ajudar na compreensão da evolução do processo de recuperação. A irregularidade ou abandono dos grupos é considerado um sinal aviso de recaída presente em fases como a “perda de controlo de comportamento” e “redução do leque de opções”. Verificou-se na análise dos dados, uma forte correlação entre a partilha de emoções negativas como a raiva e a culpa e a frequência de grupos de autoajuda, com valores de correlação de 0,516789; 0,37718 e 0,58775 respetivamente ao longo dos três momentos de contactos telefónicos.

Ainda relativamente às correlações, verificou-se que são fortes quanto ao ter tempo para estar e fazer coisas com a **família** e o enfrentamento e partilha das **emoções negativas** e uma **alimentação saudável** e prática de **exercício físico**. A família desempenha um papel fundamental no processo de recuperação do utente. Segundo Henriques (1999), faz parte de uma vida equilibrada uma rede de apoio social forte, que estimule e encoraje um estilo de vida saudável. Para Gorski e Miller (1992) um programa de recuperação deve incluir atividade sociais com a família e amigos, sendo que, Marlatt e Gordon (1985) consideram como situação de grande risco de recaída a dificuldade nas relações com a família e amigos.

Ao terceiro contacto é evidente uma forte correlação entre **atividades saudáveis** em tempos livres, o **exercício físico** (0,67667) e o enfrentamento da **ansiedade e stress** (0,78555). As atividades de lazer saudáveis, enquanto promotoras de momentos de alegria e diversão, são relaxantes e contribuem para a saúde e bem-estar uma vez que funcionam como métodos naturais de redução de *stress* (Gorski & Miller, 1992). Os mesmos autores referem que a saúde deficiente contribui para o aumento de *stress*, que por sua vez pode ser fator precipitante para a recaída. Desta forma, é importante que se estabeleçam e pratiquem de forma regular e permanente novos hábitos alimentares, dentro das possibilidades de cada pessoa. Ainda a prática de exercício físico que promove a tranquilidade, alívio do sofrimento, ansiedade e tensão e redução da intensidade dos sintomas ALP, da mesma forma que um sono reparador ajuda o indivíduo a sentir-se com mais energia e mais capaz de gerir o *stress* (Henrique, 1999).

Relativamente à correlação entre o **trabalho (desemprego ou regresso)** e as **atividades de lazer saudáveis**, evidenciou-se uma fraca correlação (-0,74277). Gorski & Miller (1992) referem que de uma vida equilibrada também faz parte o equilíbrio entre o trabalho e o lazer, as obrigações para com os outros e para consigo, contudo tanto situações de desemprego como o enfrentar o regresso ao trabalho, são situações que podem ser geradoras de *stress* e ansiedade, dificultando o processo de recuperação.

Verificou-se uma forte correlação entre a aceitação de investimento em **novas amizades** e o enfrentamento de sentimentos como a **raiva e culpa** (0,51679), no primeiro momento de contacto. Contudo, ao longo dos restantes contactos essa correlação tornou-se mais fraca (-0,0421 e -0,1557, respetivamente). Henriques (1999) refere a necessidade de a pessoa se rodear de pessoas sem consumos de substâncias psicoativas ou comportamentos dependentes e que apoiem o processo de recuperação, verificando-se com estes dados uma possível melhor aceitação no início do processo de recuperação, contudo com o passar do tempo e com as imposições do quotidiano, poderá existir uma maior dificuldade em aceitar o que poderá gerar raiva e sentimentos de culpa.

Manter ativo um processo de mudança eficaz, requer pequenas mudanças do quotidiano, inseridas num plano geral de recuperação, que irão fazer a diferença a médio e longo prazo. Depois das grandes mudanças iniciais é a persistência dos pequenos gestos, que permite transformar as mudanças comportamentais em novos hábitos e rotinas que são o suporte do novo estilo de vida. A mudança exige treino, repetição e persistência. A repetição torna a execução das tarefas mais fáceis e cria novos hábitos de vida mais saudáveis.

3.3. Caracterização das temáticas abordadas e perspetiva dos entrevistados

No decurso das consultas telefónicas emergiram diferentes temáticas e preocupações, por parte do utente e co-responsável, relativamente ao processo de recuperação. Dando a conhecer quais as temáticas e preocupação identificadas, elaborou-se uma síntese das mesmas, apresentada na tabela 6.

Tabela 6 – Temas / Preocupações mais frequentes dos utentes e co-responsáveis

Temas / Preocupações	
Utente	Problemas financeiros / saúde / familiares
	Gestão da ansiedade e do <i>stress</i>
	Confiança dos outros
	Desemprego / Regresso ao trabalho
	Dificuldade nos relacionamentos
	Tentação e vontade de consumir
	Solidão
Co-responsável	Confiança no utente
	Distância
	Sedentarismo
	Amigos
	Frequência dos locais de consumo
	Abandono do tratamento e grupos autoajuda
	Medicação / Tratamento

Para melhor compreensão do sintetizado na tabela 6, daremos alguns exemplos do conteúdo dos relatos do utente/co-responsável ao longo da consulta telefónica de enfermagem, seguindo-se excertos desses relatos.

No decurso das consultas telefónica, houve a preocupação de se dar tempo e mostrar disponibilidade ao utente e co-responsável para expressarem preocupações e/ou temas que entendessem como pertinente abordar naquele momento. Relativamente aos temas e preocupações relatadas e abordadas pelos utentes, identificaram-se 8 grandes categorias, passando-se a justificar com excertos de relatos dos mesmos. De referir que as categorias se encontram distribuídas de forma aleatória, não correspondendo portanto à frequência de relatos sobre a temática.

Sobre os **problemas financeiros**, vários foram os utentes que relataram as dificuldades em cumprir a terapêutica prescrita, frequentar grupos de autoajuda ou mesmo fazer face a despesas do quotidiano:

(...) só tomo o tetradin dia sim, dia não, porque tenho pouco e estou sem dinheiro para comprar.

(...) tenho ido menos aos AA porque não tenho dinheiro para as viagens.

Questões relacionadas com a **saúde** também são relatadas:

(...) sem dentes não consigo comer.

Ainda questões de **problemas familiares**:

(...) passo o tempo com o meu pai no hospital, não tenho tempo para mais ninguém.

A dificuldade em **gerir o stress e a ansiedade** também foram abordados: (...) às vezes sinto-me tão ansioso que nem sei o que fazer.

O facto de os utentes terem a perceção ou a consciência da falta de **confiança dos outros** em si e no sucesso de processo de recuperação, foi motivo de partilha nas entrevistas telefónicas: (...) sinto o meu marido muito desconfiado; (...) a minha mãe está sempre a dizer-me que vou voltar a beber. Assim é difícil. O que provoca uma **dificuldade nos relacionamentos**: (...) tenho estado com o meu filho, mas noto que ele se mantém distante; (...) a minha namorada terminou a relação. Disse que não aguentava mais.

Por outro lado o **desemprego e o regresso ao trabalho**, também são temas abordados e motivo de algumas preocupações: (...) *foi bom ter voltado ao trabalho, sempre me distraio da doença do meu pai, mantem a minha cabeça ocupada; (...) estou farto de estar sem fazer nada, se pelo menos arranjasse um trabalho.*

As **tentações e a vontade de consumir** também foram tema abordado nas consultas telefónicas: (...) *com a doença do meu pai só penso em ir beber. Se não fosse pela minha filha...; (...) quando vou ao café apetece-me beber, por isso não tenho ido.*

A última categoria refere-se à expressão do sentimento de **solidão**, identificada como uma dificuldade e preocupação no quotidiano: (...) *sinto-me tão sozinha. Não tenho com quem falar.*

Os co-responsáveis abordam temáticas e preocupações ao nível da **confiança no utente**: (...) *já fez tantos tratamento...estou sempre à espera do pior*; da **distância do utente**: (...) *ele está na casa dele, não consigo estar com ele todos os dias*; do **sedentarismo do utente**: (...) *no início ainda caminhava, agora não lhe apetece sair de casa e passa os dias na cama; (...) fica ali em casa, sem fazer nada, não sei onde vai parar*; sobre **os amigos**: (...) *ainda ontem foi ter com um amigo “dos copos”, não sei o que pretende com isso. Devia arranjar novos amigos* e da **frequência dos locais de consumo**: (...) *mete-se naquele café para quê? Não demora muito e está a beber.* Ainda relativamente aos temas abordados pelos co-responsáveis, estes falam das suas preocupações sobre o **abandono do tratamento e grupos de autoajuda**: (...) *agora diz que não vai aos AA, que não está para ir falar da vida dele. Estou a estranhar essa atitude*; e aproveitam o momento da entrevista telefónica para colocarem questões sobre o **tratamento e medicação**: (...) *a medicação dele está quase a acabar. O que faço?; (...) afinal a que dias são as reunião de AA na UA? Assim faço questão de o acompanhar.*

De salientar, que o levantamento e identificação das temáticas mais frequentes, permitirá ao enfermeiro estar mais consciente e alerta para dar resposta às necessidades impostas.

Ainda do decurso das entrevistas telefónicas, foi possível identificar as perspetivas dos utentes e co-responsáveis relativamente aos contactos telefónicos, mais referidas. Com os diferentes relatos, elaborou-se a tabela 7, que os organiza em diferentes categorias.

Tabela 7 - Perspetiva dos utentes/co-responsáveis relativamente aos contactos telefónicos

Perspetivas	
Utente / Co-responsável	Esclarecimento de dúvidas
	Lembrança de consultas ou grupos pós-alta
	Personalização dos cuidados
	Evitar deslocações e custos em contactos
	Acesso aos cuidados de saúde
	Resolução de “problemas”
	Sentimento de apoio
	Sentimento de segurança
	Momento de partilha
	Motivação para manter abstinência e tratamento

Verifica-se assim que as considerações dos utentes para com os contactos telefónicos passam pelo **esclarecimento de dúvidas**, relacionadas com o tratamento, consultas, medicação: (...) *ainda bem que ligou, assim já tiro umas dúvidas*; pela **lembrança de consultas ou grupos pós-alta**: (...) *se não fosse a enfermeira já nem me lembrava que tenho consulta na próxima semana...perdi a marcação das consultas*; pela **personalização dos cuidados, evitar deslocações e custos em contacto e o acesso aos cuidados de saúde**: (...) *obrigada por ter ligado enfermeira, precisava de falar convosco mas estou sem dinheiro no telemóvel*; (...) *estava mesmo à espera que me ligasse, precisava de falar*; pela **resolução de problemas**: (...) *não estava mesmo a ver como ia resolver isso, com a sua ajuda acho que já percebi* e pela **motivação para manter a abstinência e tratamento** (...) *às vezes só de pensar que a enfermeira vai ligar e eu quero dizer que está tudo bem, acabo por ter mais cuidado*.

3.4. Considerações sobre o programa

O projeto de intervenção foi desenvolvido com a consciência das limitações impostas pelo tempo útil para a sua aplicação e das necessidades que um programa como este implica. Assim sendo, consideramos que se trata de uma proposta de um programa de enfermagem, sujeito a possíveis reformulações e ajustamentos, e que no final da concretização do primeiro ano, com os 22 utentes participantes, deverão ser necessárias.

O período de tempo foi limitador para a implementação do programa da forma como foi pensado e planeado. O facto de o período de estágio só ter permitido concluir 3 contactos telefónicos a 11 dos 22 utentes, refletiu-se nos resultados obtidos por se tratar de uma amostra reduzida e pelo facto de não se poder analisar a evolução até ao final dos 12 meses. No entanto, penso que é de referir que nenhum dos utentes deixou de ser contactado após este período, uma vez que se assumiu um compromisso para com os mesmos que aceitaram participar mediante um conjunto de condições pré-definidas para a implementação do programa proposto.

De referir ainda, que se foi verificando ao longo da implementação do programa uma provável dificuldade em implementações futuras. Será necessário realizar uma reformulação dos critérios de inclusão no programa sendo estes possivelmente mais restritos, uma vez que tendo em consideração os recursos humanos em termos de enfermagem disponíveis na UA, o período de 12 meses de duração do programa e o número de altas semanais (aproximadamente 4), constitui um volume de contactos telefónicos que atualmente perante tais condições, não será possível dar resposta.

Não poderíamos deixar de fazer referência à aceitação que o programa teve perante a equipa de enfermagem, por demonstrarem interesse em conhece-lo, dando contribuições relevantes e referindo a vontade e importância de intervir formalmente neste âmbito. Sentimos também, receptividade da equipa multidisciplinar pela forma como acolheu os diferentes encaminhamentos e informações relativas aos utentes que surgiram no âmbito da implementação deste programa.

4. INTERVENÇÕES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Anteriormente foram apresentadas as competências específicas do enfermeiro especialista em ESM, que com o desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção, se pretenderam adquirir. Contudo, só é possível a aquisição de tais competências se o enfermeiro planear e desenvolver atividades e intervenções com vista à prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Neste sentido, neste capítulo do relatório serão apresentadas as competências do enfermeiro especialista de ESM definidas pela OE (2010) e que se pretendeu adquirir, os objetivos específicos relativos a cada competência e atividades / intervenções realizadas nesse sentido.

Competência F1:

Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. (p.4)

A partir desta competência, defini o seguinte objetivo específico: Promover processos de autoconhecimento, consciência de mim mesma e de desenvolvimento pessoal e profissional através de vivências decorrentes da prestação de cuidados à pessoa com SDA e da intervenção no âmbito da PR.

Desta forma estabeleci como atividade a: Realização de análises crítico-reflexivas, com regularidade, das vivências em contexto de desenvolvimento e operacionalização do projeto.

Para Lusingnan e Pritchard (2002) citado por Abreu (2007), existem aprendizagens que só se efetuam através da reflexão. Ao longo deste processo houve a consciência da necessidade da constante reflexão crítica e reflexiva sobre os diferentes momentos de aprendizagens, com vista a construir aprendizagens significativas. O enfermeiro enquanto interessado na constante aprendizagem, atualização, desenvolvimento profissional e melhoria da sua prestação de cuidados, não se deve negar a abarcar uma experiência em que será necessário confrontar-se consigo mesmo e colocar em causa a sua prática clínica, conhecimentos, emoções,

sentimentos, valores e fatores intrínsecos quando o objetivo passa por estabelecer relações terapêuticas e intervir no âmbito terapêutico com outros.

Aumentada a consciência de nós próprios, enquanto intervenientes permitirá que consigamos de uma outra forma, conhecer, compreender e aceitar o outro, pois “(...) é a partir do momento em que aceitamos a pessoa tal como ela é, que ela tem vontade de mudar” (Phaneuf, 2005, p. 335). Desta forma, ao longo do estágio foram realizados momentos formais e escritos de análises críticas e reflexivas sobre a prática e o desenvolvimento deste processo, que segundo Sá-Chaves (2000), facilitam a tomada de consciência das capacidades e saberes, a valorização das atividades desenvolvidas, a autoavaliação, os processos de orientação pessoal, a elaboração de projetos de ação e de vida e a formação.

Competências F2 e F3:

Assiste e ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida integrada na família, grupos e comunidade, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, visando a recuperação e otimização da saúde mental. (OE, 2010, pp. 4-5)

Foi definido o seguimento objetivo específico: Identificar intervenções de enfermagem de SMP especializadas na PR.

Para cumprir o objetivos proposto e adquirir a competência que lhe corresponde, foram definidas diversas atividades e intervenções. Estas atividades correspondem a momentos de orientação com orientadores dos locais de estágio e com um perito na área da PR para o desenvolvimento do projeto de intervenção; realização de pesquisa bibliográfica e evidência científica que suportassem a concretização do projeto; consulta de normas de atuação do PPR da clinica de alcoologia; observação das intervenções e técnicas especializadas na PR, no desenvolvimento do PPR da clínica de alcoologia.

Ainda no âmbito das competências F2 e F3, foi definido outro objetivo específico: Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da PR, intervindo na capacitação do cliente com SDA.

As atividades e intervenções realizadas neste sentido foram: intervenção no *follow-up* telefónico da clínica de alcoologia, sob supervisão e orientação do enfermeiro especialista (atividade anteriormente descrita); identificação das questões éticas suscitadas face ao programa proposto, à luz da declaração de *Tel Aviv*; definição da metodologia do projeto de intervenção; desenvolvimento questionário e fichas de *follow-up* com vista à uniformização da intervenção no *follow-up* telefónico; Promoção de momentos de intervisão, junto da equipa multidisciplinar, participando nas reuniões de equipa com vista a discussão de casos clínicos e encaminhamento e a implementação do programa, sob supervisão do enfermeiro orientador do local de estágio.

Os procedimentos para implementação do programa foram referidos anteriormente, neste documento, contudo sinto necessidade de desenvolver a questão da realização da consulta telefónica de enfermagem, sendo que não faz sentido abordar esta questão sem antes fazer referência a pressupostos que se impõe, ainda em contexto presencial, para o sucesso das intervenções planeadas.

A relação terapêutica, que permite ao utente confiar, sentir-se compreendido, respeitado e deixar-se ajudar, começa desde o primeiro contacto com o mesmo, não se prendendo com uma estratégia de intervenção, mas sim com a qualidade da relação que é estabelecida, isto é, a natureza da relação, sendo que consiste numa interação particular entre duas pessoas, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Os objetivos estão ligados ao pedido do utente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade. (Chalifour, 2009).

Para Watson (2002), a falta mais comum nos cuidados de enfermagem reside provavelmente no deficiente estabelecimento de uma relação de ajuda/confiança, tornando a prática em cuidados pouco eficazes e com consequências desfavoráveis para as pessoas. Assim sendo, antes de qualquer intervenção, telefónica ou presencial, há que ter em conta a necessidade de estabelecer previamente com o utente, relação tal que permita uma intervenção de qualidade e verdadeiramente capaz de ajudar, trabalho este que se inicia desde o 1º dia de internamento dos

utentes na UAL, o que se demonstra facilitador e vantajoso quando se pretende intervir à distância utilizando as comunicações, pois já existe uma base de confiança e conhecimento do outro.

Os contactos telefónicos foram realizados conforme planeados e apresentados aos utentes, sem surpresas e com receptividade na generalidade. Contudo, não podemos negar algumas situações que sucederam e que foram desafiantes gerir, tendo por vezes deixado sentimento de alguma frustração inicial, tal como situação de recaída e contacto telefónico com utente alcoolizado e situações de não se conseguir estabelecer contacto. A frustração é como refere Collette (1979) citada por Chalifour (2009, p. 94) “um conjunto de mecanismos e de processos pelos quais a satisfação de uma necessidade ou de uma motivação é bloqueada ou contrariada devido à presença de um obstáculo ou uma barreira”. Contudo, perpetuou-se a continuidade dos cuidados e fizeram-se os movimentos necessários para resolver esses impasses. A OE (2001) diz-nos que a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem é um elemento fundamental para a readaptação funcional do cliente aos problemas de saúde e visa a procura constante pela excelência do exercício profissional.

Ainda perante as competências F2 e F3, foi definido um último objetivos específico: Desenvolver competências comunicacionais nos termos do programa proposto e no âmbito da entrevista motivacional e aconselhamento/relação de ajuda. As atividades associadas ao mesmo referem-se à observação das intervenções de cariz de aconselhamento e relação de ajuda e a promoção de momentos de entrevista motivacional, quando pertinente, sob supervisão e orientação do enfermeiro especialista.

Competência F4:

Presta cuidados de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. (OE, 2010, p. 7)

Perante esta competência, foi definido o seguinte objetivos específico: Aperfeiçoar competências psicoterapêuticas e psicoeducacionais em matriz individual, através do qual me propus à realização das seguintes atividades: observação das intervenções de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional e acompanhar os enfermeiros especialistas na planificação e execução das mesmas e mobilização de estratégias e técnicas de intervenção de cariz psicoterapêutico e psicoeducacionais especializadas na PR e adaptadas âmbito do programa.

Por último, mas não menos importante, importa referir que o desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção, também permitiu adquirir competências relativas ao **grau de mestre**, definidas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006).

O desenvolvimento destas competências relacionou-se com a sustentação do projeto de intervenção em conhecimentos teóricos aprofundados e desenvolvidos, que permitiram e constituíram a base de desenvolvimento do programa e a aplicação desses mesmos conhecimentos na intervenção realizada, em diferentes contextos e com vários participantes. Desenvolveu-se ainda a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas. Finalmente o projeto de intervenção permitiu desenvolver tais competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Na questão das competências do mestre, pretendo referir que este percurso também permitiu o desenvolvimento de capacidade de análise dos dados qualitativos com recursos a testes não paramétricos e uso de programas para tratamento estatístico, até então pouco desenvolvidos.

CONCLUSÃO

Na conclusão deste trabalho, procuramos sintetizar o projeto de intervenção realizado, apresentando as principais conclusões resultantes da implementação do mesmo e as implicações do trabalho para a prática dos cuidados de enfermagem.

A realização do relatório constituiu um momento de aprendizagem, uma vez que possibilitou a integração e a aplicação dos conhecimentos da problemática complexa e com repercussões a diferentes níveis, na prática de cuidados à pessoa com SDA.

A opção pelos diferentes contextos de estágio revelou-se facilitadora do desenvolvimento e implementação do projeto, no que respeita à aquisição de conhecimentos que permitissem desenvolver e consolidar as opções de metodologia e procedimentos, mas também no acesso às diferentes fontes de dados e à disponibilidade dos participantes pelo conhecimento mútuo e relação previamente estabelecida.

A metodologia instituída, com instrumentos de natureza quantitativa e qualitativa, permitiu uniformizar a atuação do enfermeiro, tirando melhor partido das entrevistas e contactos telefónicos e consequente melhoria da avaliação e monitorização dos resultados do programa de intervenção.

Os resultados foram ao encontro dos estudos referenciados, ao verificar-se um decréscimo na percentagem de participantes abstinentes e de participação no programa, ao longo dos três meses de contactos telefónicos. No decurso das entrevistas telefónicas foram emergindo referências, segundo perspetiva do utente e co-responsável em relação aos contactos telefónicos, à personalização dos cuidados prestados, melhoria do acesso aos cuidados de saúde, sentimento de apoio e segurança, momento de partilha e motivação para a abstinência e para o tratamento. De referir a possibilidade de sinalizar e encaminhar situações em que se percecionou um possível processo de recaída, emergindo a necessidade de intervir precocemente.

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista em ESM mobiliza-se enquanto instrumento terapêutico e desenvolve competências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem estabelecer relações de confiança e parceria com o utente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. O desenvolvimento e implementação deste projeto de intervenção através de intervenções e estratégias sustentadas, deve ajudar o cliente a aumentar as suas possibilidades de enfrentamento e adaptação, explorando a transição enquanto oportunidade de crescimento, organização e mudança da natureza humana, dos comportamentos e relacionamentos (Meleis, 2005). Perante a análise e reflexão sobre os resultados da implementação do programa, sentimos que este nos permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em ESM, sendo possível de igual forma, obter ganhos em saúde para o utente.

É fundamental, que os enfermeiros desenvolvam um modelo profissional baseado na fundamentação científica das suas intervenções, no sentido de melhorar a prática de cuidados. Segundo Rice (2004), o uso das telecomunicações para a prestação de cuidados, permite capacitar o utente a compreender, participar e influenciar ativamente a sua saúde, influenciando as escolhas, preferências e autodeterminação do utente que terá um papel mais ativo na tomada de decisão dos cuidados de saúde. Alcançar resultados de saúde através da prestação de cuidados de enfermagem pelas telecomunicações implica um constante desenvolvimento de capacidades e competências por parte dos enfermeiros, que se adaptam ao progresso e fazem evoluir a enfermagem enquanto disciplina (Rice, 2004).

Por último, consideramos importante fazer referência a algumas limitações e dificuldades que se impuseram ao longo da implementação do projeto de intervenção. Uma das limitações que verificamos foi as condicionantes relativas ao tempo de estágio, que não permitiram que a totalidade dos participantes fosse contactada telefonicamente, pelo menos em três momentos, nesse mesmo período. Ainda a inexperiência da estudante perante metodologia quantitativa, causou alguns constrangimentos, que facilmente foram ultrapassados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J. & Lejoyeux, M. (1998). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Abreu, Wilson (2007) - *Formação e aprendizagem em contexto clínico - Fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ªed. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ªed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Babor, T. (2009). Resumo do relatório da OMS. Álcool: Bem de consumo sui generis. *Toxicodependências*. 15(19), 77-86.
- Benner, Patricia (2001) - *De Iniciado A Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra. Quarteto
- Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckmann. Enfermagem fundamental. Abordagem psicofisiológica* (3ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Chalifour, Jacques (2008) – *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos Existenciais-Humanistas da Relação de Ajuda*. Volume 1, Lusodidacta.
- Chalifour, Jacques (2009) – *Estratégias de Intervenção*. Volume 2, Lusodidacta.
- Clinica de Alcoologia Novo Rumo [CANR]. *Contrato de Admissão*. Acessível no CANR, Sintra, Portugal.
- Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de Abril - Código Deontológico do Enfermeiro.
- Ferreira- Borges, C. & Filho, H. (2004). *Usos, Abusos e Dependências. Aconselhamento*. Manual Técnico 1. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2004). *Usos, Abusos e Dependências. Alcoolismo e Toxicodependência*. Manual Técnico 2. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2007). *Intervenções Breves. Usos, Abusos e Dependências. Álcool e Outras Drogas. Estratégias de ajuda para mudar o comportamento*. Manual Técnico 5. Lisboa: Climepsi Editores.

- Gameiro, A. (1997). *Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Portuguesa*. Editorial Hospitalidade.
- Greenberg, M. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 65(12), 2621-2628.
- Greenberg, M. (2000). The domain of telenursing: issue and prospect. *Nursing Economics*. 18(4), 220-222.
- Gorski, T. & Miller, M. (1992). *Manter-se Sóbrio. Um guia para a prevenção da recaída*.
- Henriques, F. (1998). Avaliação Semana da Recuperação - Questionário. Acessível na UTITA.
- Henriques, F. (1999). *Mudar, Parei: Recuperação*. Lisboa: CITA
- Henriques, F. (2013). *A dependência do álcool ainda existe?*. Acessível na Unidade de Alcoologia de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Henriques, F. (2004). Prevenção da Recaída. In C. Borges & H. Filho (Coords.). *Usos, Abusos e Dependências. Alcoolismo e Toxicodependência* (Vol. 2, pp.387-410). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hornig, F. & Chueh, K. (2004, January). Effectiveness of Telephone Follow-Up and Counseling in Aftercare for Alcoholism. *Journal of Nursing Research*, 12 (1), 11-19.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT], I.P. (2009). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2010-2012)*. Lisboa: IDT, I.P.
- Serviço de Intervenção para os Comportamentos Aditivos e Dependências [SICAD]. (2013). *Plano Nacional para a Redução de Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.
- Lynch, K.; Horn, D.; Drapkin, M.; Ivey, M.; Coviello, D. & McKay, J. (2010). Moderators of Response to Telephone Continuing Care for Alcoholism. *Am J Health Behaviors*. 34 (6), 788-800.

- Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da Recaída. Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos*. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1985).
- Martins, M. (2009). *A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente/Família com Dor Crónica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Martins, M. & Lopes, M. (2010). A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 39-47.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. 3ªed. Nova Iorque: Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). *Experience Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advanced Nurse Science*. 23 (1), 12-28.
- Mello, M.; Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. (A. Caleffi & C. Dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artmed Editora. (Obra original publicada em 1991).
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa, págs. 2959-2962
- Ministério da Saúde (2005). Carta dos direitos do doente internado. Consultado em 28 Abril de 2013. Direcção-Geral da Saúde:
<http://www.dgsaude.pt/registos.asp?acao=8105&reset=1>.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2006). Decreto-lei n.º74/2006 de 26 de Março: Graus académicos e diplomas dos ensino superior. *Diário da República*, 1ªsérie, n.º60, 2242-2257.

- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico dos enfermeiros: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Parecer CJ – 102/2009*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: OE.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde [DGS]. Carta dos Direitos do Doente Internado. In DGS. Acedido em 12 de Janeiro de 2013 em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx>
- PORTUGAL. Investigação em serviços de saúde - Cuidados de saúde primários. Comissão Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários. In *Ministério da Saúde*. Acedido em 14 de Março de 2014 em <http://www.mcsp.min-saude.pt>
- Rice, R. (2004). Da telesaúde aos telecuidados: implicações para a prática clínica. In Rice, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. (pp. 509-520). (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Trigo, M. (2006). Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotino-dependência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 200-328.
- Turner, B & Wells, P. (2012, February). Evaluating the efficacy of a telephone follow-up clinic. *Cancer Nursing Practice*. 11 (1), 32-35.
- Watson, Jean (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization [WHO] (2011). *Global status report on alcohol and health*. Switzerland: WHO. Acedido em 08 de Fevereiro de 2013 em http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

World Health Organization [WHO] (2012). *Alcohol in the European. Union Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO. Acedido em 24 de Novembro de 2013 em

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf

World Health Organization [WHO]. *The ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO. Acedido em 30 de Janeiro de 2014 em:

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

World Medical Association [WMA] (1999). *WMA Statement on Accountability, responsibilities and ethical guidelines in the practice of telemedicine*. Tel Aviv: WMA. Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/20archives/a7/>

Zagonel, I. (1998, maio-agosto). O cuidado de Enfermagem na Perspectiva dos Eventos Transicionais Humanos. *Acta Paul. Enf.* 11 (2), 56-63.

APÊNDICES

Apêndice I

Quadro *follow-Up* telefónico: A PBE como Instrumento de Boas Práticas

Apêndice II

Guião semiestruturado para colheita de dados

Apêndice III

Ficha de *follow-up*

Nota: Segue um único exemplar, uma vez que as fichas são iguais, mudando apenas a referência ao momento do contacto telefónico.

Apêndice IV

Questionário ASR adaptado

Apêndice V

Sessão de esclarecimento do programa de *follow-up* telefónico

Apêndice VI

Folheto sobre o programa de *follow-up* telefónico

Apêndice VII

Consentimento informado

Apêndice VIII

Cartões de agendamento dos contactos

Apêndice IX

Processo individual do utente

Nota: Para que fico completo, deve constar deste processo individual o guião de colheita de dados, o consentimento informado; as fichas de *follow-up* e o questionário ASR adaptado.

ANEXOS

Anexo I

Situações de grande risco de recaída

Anexo II

Sinais de aviso de recaída

Anexo III

Questionário ASR (Henriques, 1998)